Ion Dan Aurelian NEMEŞ
Armând GOGULESCU Marius JURCA
Descrierea CI P a Bibliotecii Naţionale a României
NEMEŞ, ION DAN AURELIAN
Masoterapie: masaj şi tehnici complementare/
Ion Dan Aurelian Nemeş, Armând Gogulescu, Marius
Jurca. - Ed. a 2-a, rcv. şi completată. - Timişoara :
Orizonturi Universitare, 2001
200 p.; 24 cm.
Bibliogr.
ISBN 973-8109- 79 - 5
I. Gogulcscu, Armand
II. Jurca, Marius
615.82

MASOTERAPIE

MASAJ **ŞI TEHNICI** COMPLEMENTARE

EDIŢIA A II-A, REVIZUITĂ ŞI COMPLETATĂ

EDITURA ORIZONTURI UNIVERSITARE
TIMIŞOARA 2001

CUPRINS

Prefaţă..... 5
Cuprins..... 7
1. GENERALITĂŢI. SCURT ISTORIC 11
2. TERMINOLOGIE. DEFINIŢII. CLASIFICARE..... 14
3. EFECTELE MASAJULUI (INFLUENŢELE MASAJULUI ASUPRA ORGANISMULUI) .....'..... 18
4. INDICAŢII. CONTRAINDICAŢII 21
5. CONDIŢIILE TEHNICE DE EFECTUARE A MASAJULUI 22
6. CATEGORIILE METODOLOGICE DE MASAJ 23
6.1. MASAJUL OCCIDENTAL USCAT MANUAL..... 23
6.1.1. Masajul clasic efectuat de către maseur 23
6.1.1.1. Tehnicile principale 23
Netezire (efleuraj, alunecare, masaj piaptăne)..... 23
Fricţiune (frecare)..... 24
Frământat (petrisaj, stoarcere întreruptă, mângăluire, rindea, ciupire)..... 24
Batero (tapotaj, tapotament)..... 25
Vibraţie (zguduitura, tremurătura, trepidaţia)..... 26
6.1.1.2. Tehnicile complementare 27
Cernutul şi rulatul masei musculare..... 27
Presiunile şi tensiunile..... 28
Tracţiunile, elongaţiile şi scuturăturile..... 29
Alte tehnici folosite în scopul creşterii excitabilităţii locale..... 33
6.1.1.3. Tehnicile speciale 34
Pentru piele..... 34
Pentru capsula articulară..... 35
Pentru muşchi, tendoane, ligamente..... 36
Pentru fascii..... 37
Pentru segmente..... 38
Pentru afecţiunile venolimfatice..... 38
Pentru organele profunde - metode combinate..... 39
Pentru organele profunde - metode specifice..... 40
6.1.1.4. Mobilizările postmasaj (mişcări şi manevre după masaj) ... 40
6.1.1.5. Masajul diverselor regiuni 41
6.1.1.5.1. Masajul extremităţii superioare..... 41
6.1.1.5.2. Masajul trunchiului..... 59
6.1.1.5.3. Masajul extremităţii inferioare..... 80
6.1.1.5.4. Masajul general..... 95

6.1.1.6. Masajul diverselor organe şi aparate 96
6.1.1.6.1. Masajul ţesuturilor corpului..... 96
6.1.1.6.2. Masajul aparatului locomotor..... 96
6.1.1.6.3. Masajul aparatului cardio-vascular..... 96
6.1.1.6.4. Masajul sistemului nervos..... 97
6.1.1.6.5. Masajul capului..... 98
6.1.1.6.6. Masajul organelor toracice.....100
6.1.1.6.7. Masajul organelor abdominale.....101
6.1.1.7. Masajul reflex 103
X 6.1.1.7.1. Masajul reflex conjunctiv.....103
6.1.1.7.2. Masaje reflexe speciale.....104
Reflexologia vertebrală.....104
Reflexologia limbii.....105
Reflexologia endonazală.....105
Reflexologia auriculară.....106
Reflexologia irisului.....107
Reflexologia intestinului gros.....107
Reflexologia dinţilor.....108
Reflexologia palmară.....109
Reflexologia plantară.....109
' Neuralterapia.....111
6.1.1.7.3. Masajul reflex segmentar.....112
6.1.2. Automasajul.....114
6.1.3. Masajul mecanic 116
6.1.3.1. Masajul mecanic vibrator 116
Dispozitive ce realizează un micromasaj şi electromasaj local.....116
Dispozitive ce realizează masaj vibrator.....117
6.1.3.1. Masajul mecanic nevibrator.....118
Metoda van der Mohlen.....118
Gheata cu presiune de sucţiune.....118
Sincardon.....118
6.2. MASAJUL UMED.....119
6.2.1. Masajul umed clasic 119
6.2.1.1. Fricţiunile.....119
6.2.1.2. Spălările 120
6.2.1.3. Afuziunile 121
6.2.1.4. Băile.....122
6.2.1.5. Duşurile 124
6.2.2. Masajul umed special.....125
Băile cu vârtej de apă (whirl-pool) 125
Duşul masaj 125
Duşul subacval.....125
Terapia cu factori contrastanţi (cura Kneipp).....125
Masajul cu gheaţă 125
6.3. MASAJUL ORIENTAL.....
6.3.1. Masajul oriental neenergetic .....
6.3.1.1. Osteopresura (masajul periostal) 126
6.3.1.2. Digitopresura (presopunctura).....126
6.3.1.2.1. Craniopresura ..... -0"7
6.3.1.2.2. Faciopresura .....
6.3.1.2.3. Rinopresura.....
6.3.1.2.4. Auriculopresura '.....
6.3.1.2.5. Mano şi podopresura 131
6.3.1.2.6. Presura pe punctele de acupunctura ale meridianelor 133
6.3.1.3. General (metoda "Touch for health") 134
6.3.1.4. Metode combinate 136
6.3.1.4.1. Masajul chinezesc pentru nou născuţi şi copii 136
6.3.1.4.2. Terapia Tsubo 140
Masajul Tsubo 140
Masajul Shiatsu.....155
Masajul spatelui 156
Bazinul 156
Faţa posterioară şi externă a membrului inferior 157

Faţa posterioară a umerilor.....159
Faţa anterioară a umerilor şi gâtul 160
Capul şi faţa.....161
Membrele superioare (braţ, antebraţ şi mână) .160
Hara .....!.....'.....163
Faţa anterioară şi internă a membrului inferior 164
Faţa posterioară a corpului 166
Faţa anterioară a corpului 167
6.3.2. Masajul oriental energetic.....168
7. CATEGORIILE METODOLOGICE DE MASAJ 169
7.1. MASAJUL ÎN AFECŢIUNILE REUMATISMALE 169
7.1.1. Principiile generale ale tratamentului.....169
7.1.2. Reumatismul inflamator.....
. 7.1.3. Reumatismul degenerativ .....
7.1.4. Reumatismul infecţios.....
7.1.5. Artropatii metabolice .....i «-
7.1.6. Artropatii neurogene 172
7.1.7. Reumatismul ţesutului moale.....172
7.1.8. Altă patologie osoasă 175
7.1.9. Sindroamele dureroase ale rahisului 175
7.2. MASAJUL ÎN AFECŢIUNILE POSTTRAUMATICE.....177
7.2.1. Traumatisme recente 177
7.2.2. Sechelele postraumatice 177
7.2.2.1. Sechele cutanate şi subcutanate 177
• 7.2.2.2. Sechele articulare.....178

7.2.2.3. Sechele musculare 178
7.2.2.4. Sechele osoase.....179
7.2.2.5. Sechelele nervilor periferici.....180
7.2.2.6. Algoneurodistrofia (AND).....181
7'.2.2.7'. Sechele postoperatorii 181
7.2.2.8. Sechele generale 181
7.2.2.9. Postamputaţii şi protezare 182
7.3. MASAJUL ÎN AFECŢIUNILE NEUROLOGICE 182
7.3.1. Noţiuni generale 182
7.3.1.1. Clasificarea afecţiunilor neurologice 182
7.3.1.2. Modificările de tonus muscular în afecţiunile neurologice .. 183
7.3.1.3. Modificările activităţii motorii în afecţiunile neurologice.....183
7.3.2. . Afecţiunile SNC .....'.....184
7.3.3. . Afecţiunile SNP 187
7.3.4. Alte patologii.....189

7.4. MASAJUL ÎN AFECŢIUNILE CARDIO-VASCULARE 190
7.4.1. Infarctul miocardic acut (IM). Status posttransplant cardiac 190
7.4.2. Angina pectorală stabilă de efort. Status postrevascularizarea miocardică. Post by-pass aorto-coronarian. Status post angioplastie coronariană 190
7.4.3. Valvulopatii simple. Aritmii nepericuloase Cardiopatie ischemică silenţioasă. Insuficienţa cardiacă formă uşoară şi medie. Cord pulmonar cronic.....191
7.4.4. Hipertensiunea arterială (HTA).....191
7.4.5. Hipotensiunea arterială (hTA) 191
7.4.6. Arteriopatii periferice 191
7.4.7. Afecţiuni venoase.....192
7.4.8. Limfedemul cronic al membrului inferior 192
7.5. MASAJUL ÎN AFECŢIUNILE RESPIRATORII 192
7.5.1. Disfuncţia ventilatorie obstructivă (DVO).....192
7.5.2. Disfuncţia ventilatorie restrictivă (DVR).....193
7.5.3. Disfuncţia ventilatorie mixtă (DVM) 194
7.5.4. După intervenţii operatorii 194
7.6. MASAJUL ÎN AFECŢIUNILE DIGESTIVE 195
7.7. MASAJUL ÎN AFECŢIUNILE PSIHIATRICE.....195
Bibliografie.....197

1. GENERALITĂŢI. **SCURT ISTORIC** (2,6,7,9,11,12,13/14)

Tratamentul cu ajutorul masajului se practică de când lumea Se pare că frecarea locului dureros ar fi cel dintâi gest terapeutic, iar animalele îşi freacă cu laba locul lovit sau rănit şi se ling. La început el pare să fi fost o manevră instinctivă care cu trecerea timpului s-a perfecţionat şi a devenit, prin bazele ştiinţifice acumulate, o metodă terapeutică larg acceptată şi folosită. Utilizarea masajului se pierde în negura timpului. Informaţiile istorice ne arată existenţa a două zone geografice unde, pe baza a două filozofii diferite de a înţelege şi aplica medicina, s-au dezvoltat două metodologii diferite de masaj:

• Zona Europei Centrale şi de Sud - Orientul Mijlociu - Africa de Nord, unde se practică aşa zisul "masaj occidental" sau "clasic":

« La popoarele preantice din această zonă manevre simple de masaj erau asociate cu mijloace empirice de tratament (aplicaţii locale calde, ungeri cu substanţe medicamentoase, mişcări pasive ale membrelor) şi erau însoţite de gesturi rituale în cadrul "procesului de vindecare".

• Asirienii, babilonienii, mezii şi perşii, popoare războinice, îl foloseau ca metodă de tratament pentru războinicii răniţi.

« La triburile iudaice era asociat cu reguli stricte de igienă, pentru menţinerea sănătăţii.

« Adevărata dezvoltare iniţială, asociată unei fundamentări metodologice, are loc în Grecia antică:

. masajul era practicat de către specialişti (aliptes) ca metodă de

pregătire a atleţilor (pselafia), când se asocia cu antrenamentul atleţilor şi era efectuat cu mâna sau cu lopăţele speciale (palmule);
. putea fi executat cu sau fără uleiuri sau pulberi speciale, ce erau apoi îndepărtate cu instrumente adecvate (strigile);
. datorită culturii grecilor pentru dezvoltarea fizică era asociat întotdeauna cu mişcarea, cea sportivă în special şi cea terapeutică în particular.
* Odată cu cucerirea Greciei de către romani, aceştia preiau elementele de masaj dar nu şi cele de mişcare specială, deoarece romanii practicau predominant exerciţii războinice
. masajul s-a bucurat de un succes deosebit în băile publice;
. exista un masaj igienic de dimineaţa, pentru înviorare şi altul de seară pentru relaxare.

» După împărţirea Imperiului Roman şi căderii celui de Apus, tradiţia masajului se păstrează în cel de Răsărit dar fără a mai avea acelaşi succes.
• Arabii sunt cei care dau o nouă strălucire masajului ca metodă terapeutică. Avicena în *"Cartea legilor medicinei"* realizează prima fundamentare completă ştiinţifică şi metodologică ale cărei prescripţii se păstrează şi astăzi. Arabii asociau masajului dieta şi hidroterapia, în cadrul unei filozofii complete despre sănătate şi viaţă.
« O dată cu căderea Europei în epoca neagră a Evului Mediu, masajul se pierde ca metodă terapeutică simplă, ieftină şi aflată la îndemâna tuturor. El se practică izolat, în adevărate "oaze", de către iniţiaţi şi numai pentru un număr restrâns de pacienţi.
« Renaşterea e cea care repune în drepturi masajul, Hyeronimus Mercuriali în *"De arte gymnastica"* realizând un adevărat manual.
« Progresiv se extinde în Europa Occidentală ca metodă terapeutică în medicină, educaţie fizică şi sport. El capătă o bază ştiinţifică, care îl ajută să primească o utilizare din ce în ce mai mare. Dintre cei care au contribuit la dezvoltarea sa teoretică şi practică îi menţionăm pe Linge, Zander, Mennel, Cyriax, Velpeau, Dagrin, Mezger, Neumann. Kolrausch, Leube, Dicke, Puttkamer, Vogler sunt cei care pun bazele masajului reflex segmentar, care face "legătura" cu masajul practicat în zona Extremului Orient.
« Pe teritoriul ţării noastre încă de pe vremea sciţilor, dacilor, geţilor se practica un masaj empiric, asociat cu manipulaţii şi tracţiuni. Elemente ale sale se păstrează şi astăzi, fiind practicat de către cei care "îndreaptă oase" sau de către "baba" de la marginea satului.
Introducerea masajului ştiinţific este realizată prin susţinerea a două teze de doctorat pe această temă de către Manga în 1885 şi Hălmagiu în 1889. Profesorii Marius Sturza şi Tr. Dinculescu, alături de dr. Valentin Roşea şi de Adrian lonescu, realizează adevărate şcoli de masaj, ale căror elevi şi discipoli au dus la o largă răspândire a masajului ca metodă terapeutică.
Zona Extremului Orient, unde se practică aşa zisul "masaj energetic" sau "tradiţional":
« Concepţia filozofică diferită de cea occidentală, despre viaţă a influenţat şi dezvoltarea medicinei, inclusiv cea a masajului. Principiul dualităţii şi al "comunicării" cu mediul extern şi intern, al zonelor, punctelor şi traiectelor energetice stau la baza fundamentării ştiinţifice a masajului oriental.
» în textele ayurvedice ale Indiei se arată că masajul era folosit în scop igienic, pentru îngrijirea corpului şi era asociat cu ungerea cu uleiuri aromatice şi îmbăierea în ape şi lacuri sacre. Pentru "scoaterea răului"

din corp se folosea un masaj special care începea cu faţa. continua cu trunchiul şi apoi se aplicau mişcări rapide de la rădăcina spre extremitatea membrelor.
» La chinezi, conform Nei-King, masajul se practica de pe vremea când se practica şi acupunctura. Masajul se executa cu mişcări simple, lent şi stăruitor. Era folosit pentru reactivarea circulaţiei sangvine şi a umorilor organismului, stimularea sau liniştirea nervilor, vindecarea unor tulburări şi a bolilor cronice. Din Tonei-Na Pik-Kiue (secretele masajului) reiese că existau două manevre fundamentale: Ngam-Mo ("a calma cu mâna", folosită la calmarea durerilor) şi Tonei-Na ("a pune în mişcare", folosită pentru stimulare), în timp acestea au căpătat o singură denumire - Ngam. La scurt timp se dezvoltă o nouă metodă, Tao-lnn, bazată pe baterea cu mâna sau cu instrumente speciale.
- » în Japonia, masajul s-a bucurat şi se bucură de mare succes, existând diferite metode caracteristice zonei:
. Do-lnn: o variantă de Tao-lnn;
. An-Ma: an = presiune, mă = atingere;
. Kuatsu: de reanimare şi stimulare; " . .
. Shiatsu: shi = deget, atsu = presiune.
Deşi există după cum am arătat, două "şcoli fundamentale" de masaj, bazate pe concepţia privitoare la viaţă şi medicină, baza masajului es;e una

singură şi se centrează pe ideea de "a face bine" printr-o metodă "fiziologică". Este semnificativ faptul că cele două şcoli se întâlnesc (în mod inevitabil după părerea noastră) fie pri.i variante combinate şi simplificate ale celor două ("Touch for Health"), fie în zona masajului reflexogen.

2. TERMINOLOGIE. **DEFfNITII.**

(2,6,7,9,11,12, 13,14)

Originea cuvântului masaj este incertă. Se presupune că derivă fie din grecescul *massein - a frământa,* fie din cuvântul *mass* = a *apăsa.* Indiferent de originea sa, cuvântul masaj s-a impus, ca şi tehnica respectivă. Masajul a fost întotdeauna asociat cu anumite manevre complementare, ajutătoare. De aceea această ramură medicală a căpătat denumirea de *"Masaj şi tehnici complementare".* Fundamentarea sa ştiinţifică din ce în ce mai profundă, răspândirea sa tot mai largă şi cuantificarea sa metodologică şi tehnică justifică câştigarea denumirii de *"Masoterapie",* care se impune tot mai mult şi al cărui adept este şi subsemnatul. Sufixul de "-terapie" arată locul său alături de celelalte terapii ale recuperării medicale (electroterapie, hidroterapie, fototerapie, magnetoterapie, kinetoterapie, laseroterapie, balneoclimatoterapie).

Cea mai potrivită definiţie a sa mi se pare cea oferită de Adrian lonescu: *Prelucrarea metodică a părţilor moi prin mijloace manuale sau mecanice, în scop fiziologic, curativo-profilactic sau terapeutic" (6,* 7)

Clasificarea masoterapiei se poate realiza după mai multe criterii:

• *După persoana care efectuează masajul:*

» masajul efectuat de către o altă persoană (masseur);

» automasajul.

« *După regiunea la care se aplică:*

« masaj somatic (asupra părţilor moi superficiale):

. general:

>. extins la întreaga suprafaţă a corpului;

> restrâns la părţile mai bogate în ţesuturi moi;

. parţial:

» regional pe o parte importantă şi bine definită a corpului;

.. segmentar pe porţiuni anatomice distincte, în special membre;

> local pe porţiuni mici de piele şi ţesut subcutanat, pe grupe **de** muşchi, pe articulaţii;

« masajul profund (asupra organelor interne).

• *După origine, tehnica şi metodologia de aplicare (aceasta ni se pare clasificarea cea mai completă şi de aceea am realizat una proprie care să se încadreze în cerinţele actuale):*

» masajul occidental:

. masajul uscat:

» masajul manual efectuat de către **maseur sau autofftasaj:**

* masajul clasic: •• • '

o tehnici clasice:

- principale:

=> netezirea;

=> baterea; •

=> fricţiunea;

. • • • => vibraţia; •-

••:... - complementare:

= cernutul şi rulatul muscular;

î. ; =, presiunile şi tensiunile;

„••••. => tracţiunile, scuturăturile, elongaţiile;

... * tehnici speciale:

- pentru organele profunde - metoda Grossl:

.••'•. .. . pentru efecte combinate:

=> metoda Knap;

=. masajul Vogler;

* masajul reflex: c,' .

a masajul reflex conjunctiv;

o masajul reflex segmentar;

o masajele reflexe speciale: -

• = reflexologia vertebrală;

=> reflexologia limbii; . .

=> reflexologia endonazală; , '.

.-r. '=> reflexologia auriculară;

:, ' =• reflexologia irisului;
=. reflexologia intestinului gros;
••- = reflexologia dinţilor;
-...' =. reflexologia palmară;
- reflexologia plantară;
=> neuralterapia; - "
> automasajul:
. masajul clasic;
* masajul reflex;
> masajul mecanic: . ! '
* masajul vibrator:
o diferite tipuri de impulsuri de curent electric şi câmp magnetic
, ;.. .,. din domeniul joasei, mediei şi înaltei frecvenţe;
o unde mecanice (ultrasunet) în câmp discontinuu şi continuu;
o prin electrozi, ventuze cu vid (vacuum) cu / fără diferite tipuri de impulsuri electrice;

e fotolii, paturi, mese vibratorii (oscilante);
G aparate vibratorii portabile;
. masajul umed:
» masaj clasic:
» fricţiunile;
» spălările;
» afuziunile;
» băile, cu valuri cu vârtej de **apă (whirt pool), cu masaj, cu bute** de diverse gaze, cu abur; -
» duşurile, în general;
> masaj special:
« baia cu vârtej de apă;
» duş-masaj;
» duş-subacvatic;
* terapia cu factori contrastanţi;
» masajul cu gheaţă;
masajul oriental:
. masajul neenergetic:
<• osteopresura - masajul periostal;
> digitopresura - presopunctura:
* craniopresura;
* rinofaciopresura:
o faciopresura;]
G rinopresura;
* auriculopresura;
« mano şi podopresura:
o pe punctele de acupunctura;
G pe sistemul pumn - gleznă;
. presura generală pe punctele de acupunctura ale meridianelor;
> touch for health;
- metode combinate (cele mai uzitate):
» chinezeşti:
G Ngam;
o Tao-lnn; - *
* japoneze:
G Do-lnn;
o Shiatsu;
. masajul energetic pe **punctele de acupunctura, pe puncte speciale** şi pe meridianele energetice.

16

3. EFECTELE MASAJULUI (INFLUENTELE MASAJULUI ASUPRA ORGANISMULUI)

(2,6,7,9.11,12,13,14)

Efectele masajului sunt multiple şi pot fi **clasificate** după mai **mult** criterii.

<^ • Efecte:
• directe asupra ţesuturilor (masajul somatic);
« indirecte - profunde asupra organelor interne **(masa)** profund), pe membrul opus, la distanţă;
« reflexogene.
2 • Efecte:
« stimulante, excitante; •
* calmante, relaxante, liniştitoare. -,
^» Efecte:
» parţiale (locale) - calmarea durerii, hiperemie locală, creşterea circulaţiei locale, îndepărtarea stazelor, accelerarea proceselor de resorbţie;
» generale - stimularea funcţiilor aparatului respirator şi circulator, creşterea metabolismului, îmbunătăţirea stării psihice şi a somnului, îndepărtarea oboselii.
/C • Efecte:
» imediate; .

» tardive.
^ • Efecte:
» obiective, ce pot fi monitorizate de către medic prin metode clinice şi paraclinice;
« subiective, declarate de către bolnav.
f« Efecte asupra structurilor:
j « Asupra pielii:
=> asuplizare, creşterea pragului sensibilităţii cutanate, influenţarea substanţei fundamentale şi a fibrelor elastice;
=> facilitarea secreţiei glandelor sudoripare cu creşterea secreţiei lor, favorizarea penetraţiei substanţelor grăsoase;
=> vasodilataţie activă cu creşterea vitezei de circulaţie, ceea ce determină menţinerea echilibrului dintre circulaţia profundă şi superficială, creşterea schimburilor nutritive,

=> creşterea pragului de recepţie al terminaţiilor nervoase cu analgezie;
=> descuamarea pielii şi creşterea celulelor tinere;
=> prin mecanism reflex, ce influenţează circulaţia şi metabolismul, contribuie la termoreglare;
=> creşte schimburile respiratorii la nivelul pielii, ceea ce contribuie la menţinerea igienei sale;
=> influenţează organele profunde prin intermediul zonelor reflexe Head. '
» Asupra ţesutului conjunctiv (ţesutului celular subcutanat):
=> reface elasticitatea şi supleţea, ceea ce determină favorizarea mişcărilor corpului, dezvoltarea tonusului şi rezistenţei elementelor cu rol de fixare şi protecţie a organelor interne;
.•':'=> favorizează schimburile nutritive prin creşterea aportului de sânge, cu evacuarea mai eficientă a reziduurilor,
=> contribuie la resorbţia şi scăderea depozitelor de grăsime în cazul prezenţei obezităţii,
=> are influenţe reflexe asupra: circulaţiei sângelui şi limfei, schimburilor metabolice şi excreţiei, funcţiilor hormonale şi reacţiilor neuro-vegetative, organelor profunde prin intermediul zonelor reflexe Dicke.
» Asupra elementelor aparatului locomotor:
> asupra muşchilor:
=> creşte performanţa musculară prin creşterea conductibilităţii, a excitabilităţii şi a contractibilităţii, prin creşterea elasticităţii muşchilor;
=> accelerează refacerea muşchiului obosit prin creşterea schimburilor vasculare cu aport de substanţe nutritive proaspete şi îndepărtarea reziduurilor;
=. creşte rezistenţa musculara la efort prin hiperemie şi deschiderea de capilare;
=> creşte viteza de refacere după traumatisme, atrofii;
=> creşte sau scade tonus şi excitabilitatea, în funcţie de tehnică;
> asupra tendoanelor şi tecilor tendinoase, fasciilor, aponevrozelor:
=> creşterea supleţei şi consistenţei;
=> activarea circulaţiei locale;
==• combaterea stazei sanguine şi limfatice;
=> stimularea proprioceptorilor. ' ;
» Asupra circulaţiei sângelui şi limfei
=> la nivelul circulaţiei venoase - creşte viteza de circulaţie şi **uşor** presiunea venoasă şi susţine valvulele venoase;
=> circulaţia limfatică este augmentată de aproximativ 25 de ori;
=> la nivelul circulaţiei capilare există efecte pasive (indirecte) şi active (directe) cu stimularea vasomotricităţii (deschiderea capilarelor închise), prin mecanism mecanic, neural şi prin eliberarea de mediatori chimici;
=> circulaţia arteriolară suferă un proces de adaptare secundar modificărilor de la punctele anterioare, existând şi un efect direct mecanic şi ambele determină creşterea fluxului sanguin;
=> munca inimii este astfel uşurată existând un efect de "digitalizare";
=> valorile tensionale pot fi controlate în funcţie de necesităţi (scad la masajul relaxant şi cresc la cel excitant);
=> se constată şi modificarea compoziţiei sanguine - creşte numărul de hematii şi leucocite şi cantitatea de hemoglobina;
=> astfel se realizează mobilizarea masei sanguine, activarea volumelor sanguine periferice stagnante, accelerarea circulaţiei sanguine şi vasodilataţie capilară, drenaj şi resorbţie cu ameliorarea secundară *a* troficităţii celulare.
Asupra sistemului nervos:
=> la nivel local se produce un reflex de axon cu vasodilataţie secundară;
=> apar reflexe segmentare (prin interesarea segmentului medular şi a arcurilor reflexe) la care se asociază efectul reflex nesegmentar reaiizat prin acţiunea asupra zonelor Head (cutanate), Dicke (ţesut celular subcutanat), McKenzie (musculare) şi astfel sunt influenţate viscerele;

=> prin mecanism suprasegmentar de transmisie la nivel subcortical şi cortical apar efecte sedativ-relaxante şi chiar hipnotice.
Asupra ţesutului şi organelor profunde:
=> prin masajul peretelui abdominal apar efecte directe mecanice cu reglarea secreţiei /excreţiei şi motilităţii viscerelor,
=> prin masaj reflex de toate tipurile apar în mod indirect aceleaşi efecte.
Efectele masajului general:
=> se stimulează în sens reglator circulaţia, procesele endocrine, secreţiile endocrine, hematopeza, procesele coagulării;
=> se intensifică schimburile nutritive cu creşterea temperaturii corpului;
=> se produce relaxarea, scăderea sensibilităţii, reducerea tonusului neuro-muscular sau dimpotrivă creşterea acestora cu stimularea organismului, în funcţie de tehnica folosită.

4. INDICAŢII. CONTRAINDICAŢII

(2,6,7,9,-M, 12,13,14)

Cu excepţia contraindicaţiilor, practic nu există limite pentru aplicarea masajului. *Gama afecţiunilor unde se foloseşte masoterapia este extrem de largă.* De menţionat câteva idei:

- pe primul plan se situează, conform statisticilor, sechelele post traumatice, afecţiunile reumatice şi tulburările neurologice şi trofice.
- optimizarea formei sportive este o indicaţie foarte importantă;
- sindromul de decondiţionare (hipomobilitate = sedentarism, creşterea în greutate = obezitate, scăderea capacităţii de adaptare a termo-reglării la rece) devine o arie tot mai largă de aplicare a masajului, în cadrul profilaxiei primare;
- nu în ultimul rând trebuie menţionat rolul său în cadrul profilaxiei secundare;
- menţinerea unei stări fiziologice normale şi a formei fizice şi psihice de zi cu zi sunt de asemenea indicaţii ale masajului care capătă o audienţă tot mai mare.

Contraindicaţiile masajului pot fi:

- definitive (absolute, totale): afecţiuni maligne sau cu potenţial de malignizare prin masaj;
- temporare care la rândul lor pot fi determinate de:
- afecţiuni cu evoluţie previzibil favorabilă, la care aşteptăm statusul care ne permite să aplicăm masajul;

» afecţiuni cu evoluţie imprevizibilă, la care ne abţinem până când se determină statusul care ne permite aplicarea sau nu a masajului.

Dintre Contraindicaţiile masajului care se pot încadra într-una din categoriile de mai sus menţionăm:

- procese inflamatorii în faza acută;
- boli infecto-contagioase;

« sindroame hemoragipare;

- boli acute ale organelor interne;
- plăgi şi fracturi, arsuri, eczeme;
- psihopatii majore.

Indicaţiile şi Contraindicaţiile trebuie să *ţină* ***seama Şl*** **cte** *particularităţile individuale ale pacientului şi ale bolii.*

20

5. CONDIŢIILE TEHNICE DE EFECTUARE A MASAJULUI

(2,3,4,6,7,9,11,12,13,14)

Masajul terapeutic trebuie prescris de către medici avizaţi şi efectuat de către maseuri temeinic instruiţi în domeniu. Este de preferat să fie executat în spaţii separate, relativ izolate, în care pacientul să se poată dezbrăca şi să fie suficient loc pentru execuţia confortabilă a sa.

Din punct de vedere al dotării sunt necesare:

- bancă, banchetă, pat cu lungime de 190 -195 cm, înălţime de 70 -75 cm, lăţime de 60-65 cm şi acoperite cu un material care să asigure un confort fizic bolnavului dar care să nu fie prea elastic;
- scaune cu spetează scurtă, tabureţi;
- pudre, uleiuri, adjuvante pentru masajele speciale;
- instalaţii speciale pentru masajul mecanic şi cel umed.

De asemenea trebuie asigurat un confort de microclimat şi psihic pacientului. Este recomandat să se efectueze înainte de masă sau la 2 - 3 ore după masă. Manevrele speciale nu sunt recomandate a fi aplicate seara înainte de culcare sau în perioadele de perturbări fiziologice ale organismului.

Tegumentul pe care se efectuează masajul este atent cercetat înainte pentru a depista eventualele semne care să contraindice procedura.

Maseurul trebuie să aibă mâinile curate şi fără plăgi, cicatrice; pielea mâinilor sale trebuie să fie moale şi să aibă unghiile tăiate, înainte de efectuarea masajului maseurul trebuie să-şi "încălzească" mâinile (figura 1).

Fig. 1. Modalităţi de încălzire a mâinilor (1,2)

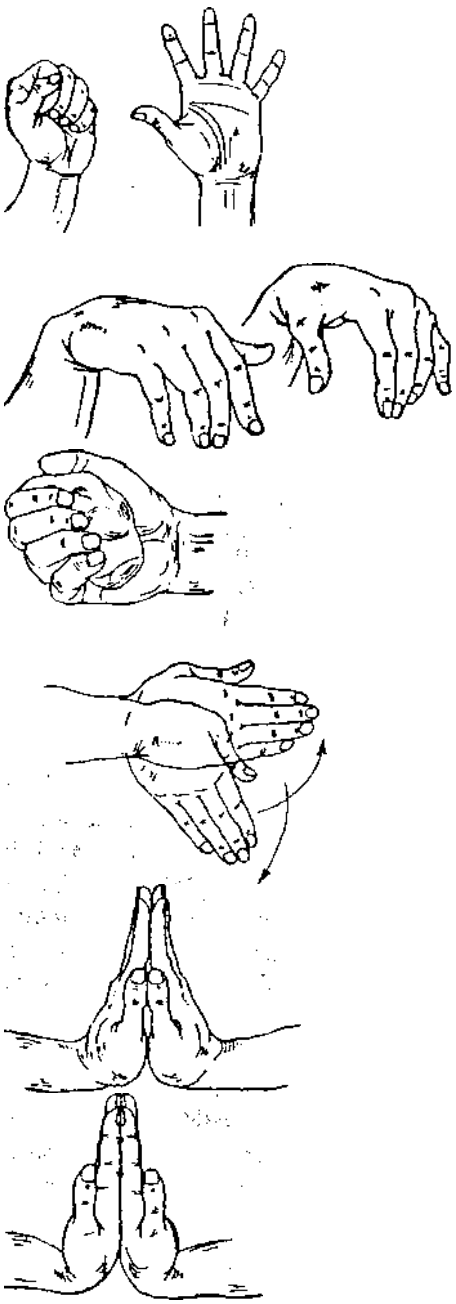


Fig. 1 (continuare). Modalităţi de încălzire a mâinilor (1, 2)

6. CATEGORIILE METODOLOGICE DE **MASAJ**

6.1. MASAJUL OCCIDENTAL USCAT MANUAL

(2,3,4,6,7,9,11,12,13,14, 18,19)

6.1.1. Masajul clasic efectuat de către maseur

6.1.1.1. Tehnicile principale

Tehnicile clasice principale, fundamentale, numite şi ***procedee principale,*** sunt reprezentate de următoarele:

Netezire (efleuraj, alunecare, masaj piaptăne)

Reprezintă alunecări ritmice şi uşoare efectuate asupra tegumentului în sensul circulaţiei de întoarcere. Se adresează pielii, ţesutului celular subcutanat, sistemului vascular periferic şi sistemului nervos periferic. Poate fi aplicată cu efect uşor stimulant, ca manevră introductivă a masajului sau cu efect relaxant, calmant ca manevră intercalată între celelalte manevre de masaj sau care încheie şedinţa de masaj.

. Se execută cu faţa palmară sau dorsală a mâinilor şi / sau a degetelor,

cu pumnul. Pe suprafeţe mici se poate folosi o mână, iar pe suprafeţe mai mari ambele mâini (aşezate în cerc, la acelaşi nivel sau paralel sau una deasupra celeilalte, cu mişcări simultane sau alternative).

. Se poate aplica în mai multe modalităţi tehnice:

=> cu faţa dorsală a degetelor, uşor îndoite ("masaj piaptăne"), folosit de obicei pentru regiunile păroase;

=. cu partea palmară a degetului mare, cu ambele degete mari;

=> cu regiunea tenară sau hipotenară;

=» cu partea dorsală a mâinii în totalitate;

=3. apucând "în brăţară" un membru şi înaintând sacadat cu paşi mici dinspre extremitatea distală spre cea proximală ("manevra maşinii de cusut");

Fig. 2

X

=- cu marginea cubitală a mâinii întinse şi în direcţie oblică;
=. cu mâinile făcute căuş deasupra vertexului şi lăsate să alunece pe părţile laterale ale capului ("în picătură de ploaie");
=. cu vârful degetelor aşezate "in cleşte" deasupra tendoanelor sau joncţiunii tendino-musculare.

Fricţiune (frecare)

• Se adresează în special ţesutului celular subcutanat şi structurilor moi periarticulare. Are rolul de a creşte supleţea şi elasticitatea lor. Pe cale reflexă are efecte circulatorii, trofice şi de stimulare sau relaxare neuro-musculară. De asemenea determină analgezie locală.

» Ea constă într-o comprimare blândă şi o deplasare a ţesuturilor moi pe planul osos.

• Fricţiunea se realizează astfel:

=--. pe regiuni mici cu vârful degetului mare sau al indexului, cu două sau trei degete reunite;
=. pe regiuni mai mari, cu pumnul închis, cu marginea sau rădăcina mâinii;
=-. pe zone întinse, cu palma cu degetele extinse;
=> fricţiunea poate fi aplicata cu intensitate uşoară, medie sau profundă, forţa de pătrundere fiind dependentă de unghiul sub care mâna vine în contact cu tegumentul şi care variază între 30-60^{9} (cu cât unghiul creşte cu atât presiunea va fi mai intensă);
=. fricţiunea poate fi aplicată liniar sau circular, "în cleşte" sau "şerpuit". direcţie sau în sens

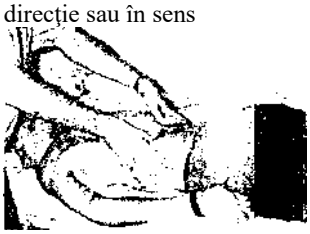


Fig.3

Frământat (petrisaj, stoarcere întreruptă, mângăluire, rindea, ciupire)

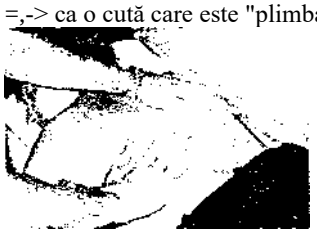
• Este o manevră care se adresează în special muşchilor, îmbunătăţindu-le mecanic calităţile, iar prin activarea circulaţiei sanguino-limfatice creşte şi schimburile nutritive şi eliminarea toxinelor.

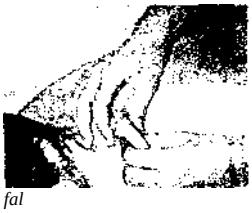
• Constă în apucarea, ridicarea, "stoarcerea" ţesuturilor moi şi apoi presarea lor pe planul de sprijin osos, urmată apoi de slăbirea presiunii dar fără a desprinde mâinile de pe zonă Mişcarea se reia în zonă sau în alta.

Acest lucru se realizează în direcţie longitudinală pe fibrele musculare:
--.. în sensul circulaţiei de întoarcere venoase şi limfatice pe zonele cu masă musculară;
- de la extremitate spre rădăcina membrelor.

Poate fi executată:
— . cu o mână sau cu ambele mâini, în aceeaşi invers, în special pentru spate şi abdomen;
=> cu două sau trei degete de la fiecare mână, mai ales pentru tendoane şi muşchii de volum mai mic.

Din punct de vedere tehnic poate fi realizată:
=> circular ca un vârtej = "mângăluire" (fig. 4);
=,-> ca o cută care este "plimbată" sub formă de "val" sau "şer^'i't" (fig. 5);





fal

Fig. 4 *mr ••' \ --=g^r"* F/g. 5

=> "masajul rindea", care se execută cu mişcările pe care le face tâmplarul la rindea (fig.6);

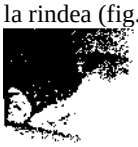


Fig. 6 **taaHfe^L** , . TT»- *Fig. 7*

=> în regiunea abdominală, frământând cuta abdominală cu mişcările pe care le fac gospodinele spălând sau storcând rufele;

~> la membre:

> apucându-le ca o brăţară, sub forma unei stoarceri întrerupte (fig. 7);

>• ca o cută lungă ce este prinsă între palme şi degete ca într-un cleşte şi apoi este presată pe planul osos fără a o scăpa din mâini;

-> ca şi ciupituri, cu două sau trei degete, de la o mână sau de la ambele, plimbate de-a lungul planului muscular.

Batere (tapotaj, tapotament)

• Constă din lovirea uşoară şi ritmică a ţesuturilor moi, superficiale sau profunde în funcţie de intensitatea loviturii.

• Efectele locale constau într-o vasodilataţie locală cu hiperemie şi creşterea excitabilităţii neuro-musculare, cu activarea sistemului simpatic-parasimpatic.

.,-. In aplicare pe zone reflexe are acţiune asupra organelor interne şi sistemului nervos central, cu efect relaxant sau stimulant în funcţie de tehnică, intensitate, durată.

• Modalităţile tehnice de aplicare sunt variate:

=> "tocatul" ce se execută cu ambele mâini, ţinute în uşoară extensie, cu palmele faţă în faţă şi destul de apropiate, degetele uşor flectate, iar coatele uşor îndepărtate de corp: degetele cad moale pe piele printr-o mişcare realizată mai mult din articulaţia pumnului, de la o distanţă mică, într-un ritm alert alternativ, producând un sunet asemănător lovirii cu nuielele dacă sunt apropiate şi cad cu partea lor cubitală, respectiv unul asemănător picăturilor mari de ploaie dacă sunt răsfirate şi cad cu partea lor latero-palmară;
==> "tocatul tangenţial", "plescăitul" sau "lipăitul", ce constă din loviri >, tangenţiale uşoare ale ţesuturilor, când se "alunecă" pe regiunile sensibile (abdomen de obicei) fără a pătrunde în profunzime şi care se execută cu faţa palmară a degetelor;
=> "bătătoritul", ce poate fi executat cu partea ventrală a pumnului sau "în ventuză", cu palmele făcute căuş, şi care se aplică pe zonele cu masa musculară mare (spate de obicei):
=> "percutatul" sau "ciocănitul", ce se realizează prin căderi perpendiculare ale vârfurilor degetelor uşor îndoite, fiind aplicată simplu pe spate şi torace, iar în asociere cu o uşoară alunecare pe peretele abdominal.

F/g. *8*

Vibraţie (zguduitura, tremurătura, trepidaţia)

- Constă în imprimarea ţesuturilor moi a unor mişcări oscilatorii ritmice, care realizează deplasări mici ale acestora cu presiuni ondulatorii (ca un tremurat). Manevrele fine şi prelungite au efecte hiperemice locale şi relaxante locale şi generale. Dacă cresc în amplitudine şi intensitate produc şi o activare circulatorie locală. Efectele de redresare circulatorie şi a propriocepţiei sunt asemănătoare terapiei cu factori contrastanţi.
- Poate fi realizată manual sau mecanic (aparate vibratorii portabile, mese sau paturi sau scaune vibratorii). Deşi acestea din urmă au oscilaţiile vibratorii constante, realizarea manuală este mai sensibilă şi odată însuşită tehnica efectele sunt mai pregnante.
- Tehnic se realizează:

ca "presiune vibratorie" sub forma unui punct (cu vârful unui deget sau cu trei degete reunite) ce se deplasează liniar pe un traiect neural sau tendino-muscular sau vascular;
cu partea palmară a degetelor depărtate sau unite +/- palma, prin contracţii alternative ale agoniştilor şi antagoniştilor mâinii, ce se aplică de obicei pe regiuni întinse;
sub formă de trepidaţii (mişcări cu amplitudine şi intensitate mai mare decât cele obişnuite), de obicei ale toracelui şi în asociere cu mişcările respiratorii: palmele se aplică pe regiunile antero-laterale şi se efectuează trepidaţia spre sfârşitul expirului şi în special în pauza respiratorie.

F/g. 9

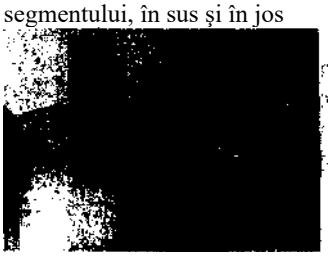
6.1.1.2. Tehnicile complementare

Tehnicile clasice complementare, numite şi *procedee ajutătoare*

de masaj, procedee secundare, se pot intercala între tehnicile principale şi pot fi aplicate la sfârşitul şedinţei de masaj sau se pot adăuga tehnicilor principale în cazul masajelor anumitor segmente sau regiuni. Ele întregesc acţiunile manevrelor de bază şi îmbogăţesc tehnica masajului. Unele derivă din cele principale, iar altele se pot aplica independent, având tehnică proprie. Principalele tehnici secundare sunt următoarele:

Cernutul şi rulatul masei musculare

• *Cernutul* se execută cu mâinile aplicate de o parte şi de alta a segmentului cu degetele uşor flectate. Masa musculară este "plimbată" de jos în sus şi lateral, dintr-o palmă în alta (asemănător cernutului într-o sită), într-un ritm vioi şi cu deplasarea, din aproape în aproape a mâinilor, de-a lungul segmentului, în sus şi în jos



Fiff. ***10***

Rulatul se execută-lot cu mâinile aşezate de o parte şi de alta a segmentului, dar degetele sunt întinse şi palmele apăsând pe ţesuturi mai puternic decât la cernut. Ţesuturile moi se rulează între palme, în toate sensurile, într-un ritm alert. Un maseur experimentat poate realiza rulatul numai asupra pielii şi ţesutului celular subcutanat.

Fig.11

• Cernutul şi rulatul cresc supleţea ţesuturilor, augmentează funcţia circulatorie şi trofică, scad încordarea musculară şi nervoasă, cu efecte calmante şi relaxante generale.

Presiunile şi tensiunile

• *Presiunile* pot fi executate în mai multe maniere tehnice şi scopuri diferite:
•=> pe periost - pe zone sau puncte speciale se execută presiuni continue sau intermitente, de intensitate medie sau mare, ce pot alterna cu neteziri sau vibraţii locale cu acţiune locală şi reflexă (creşterea sensibilităţii şi o ischemie locală trecătoare, urmate de scăderea sensibilităţii cu analgezice şi hiperemie persistentă, relaxare musculară, sedare generală);
=> pentru modelarea craniului şi toracelui la copiii mici (metoda Pecunia);
=> pe nervi (metoda Cornelius) - prin presiune continuă sau vibratoare pe rădăcinile nervoase, traiectele nervilor sau punctele motorii, ce sunt indicate în radiculopatii sau neuropatii însoţite de tulburări funcţionale;
=> pe punctele de miogeloză sau musculatură "tensionată", de obicei pe spate, aşezând palmele cu degetele întinse de o parte şi de alta a coloanei vertebrale şi aplicând presiuni se deplasează palmele de-a lungul coloanei, concomitent sau alternativ (pentru a realiza presiuni mai intense se poate folosi greutatea trunchiului, care prin aplecare în faţă este transmisă mâinilor); asocierea cu trepidaţii îi creşte eficienţa; manevra trebuie să producă o senzaţie plăcută de relaxare locală şi generală.

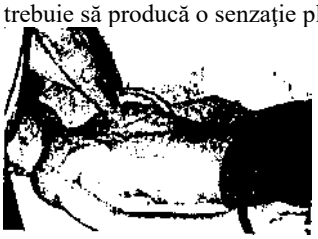


Fig. 12

Tensiunile se execută asupra articulaţiilor segmentelor, cu creşterea sau scăderea presiunii intraarticulare, prin mobilizări pasive sau activo-pasive blânde, progresive şi insistente; ele determină o senzaţie plăcută locală cu creşterea supleţei structurilor moi articulare şi periarticulare şi a circulaţiei locale şi implicit creşterea gradului de mişcare articulară şi înlăturarea eventualelor infiltrate intra şi periarticulare

Fig. 13

Tracţiunile, elongaţiile şi scuturăturile

• *Tracţiunile (manipulările)execuiaie* asupra articulaţiilor fac parte din terapia manipulativă (reprezentând o mobilizare forţată care poartă elementele unei articulaţii peste jocul voluntar şi obişnuit al lor, până la limita jocului anatomic posibil, fără însă a-l depăşi; astfel se tensionează articulaţia şi

apoi se execută un plus rie mişcare pasivă, rezultând de obicei un cracment). Manipulările pot fi executate în modurile următoare:
» Asupra rahisului:
>• Din punct de vedere tehnic sunt 3 feluri:
=> directe - asupra pacientului în decubit ventral se aplică presiuni directe pe apofizele spinoase sau transverse, care determină o relaxare rapidă;

^JÂ *Fig.* 74
indirecte - mişcările şi presiunile se execută asupra segmentelor vecine coloanei (bazin, umeri) şi prin intermediul lor se manipulează rahisul;
• semiindirecte, ce sunt şi ele de două tipuri:
o "asistate" - presiunea locală urmează acelaşi sens ca şi mişcarea globală, fiind aplicată chiar pe segmentul vertebral mobilizat,
o "contrate" - presiunea locală este direcţională în sens contrar mişcării globale, fiind aplicată sub segmentul vertebral mobilizat;

Fig. 15

Manipularea este precedată de testarea direcţiilor de mişcare ale segmentului vertebral ce trebuie mobilizat. Acest lucru se *realizează pe o* schemă a lui Maigne & Lesage, unde se notează gradul de limitare a unei direcţii de mişcare sau de intensitate a durerii, prin bararea cu liniuţe (1-3). Mobilizarea se *realizează pe* direcţia "liberă".

F/ex/e
Latemflexie
stângă
Rotaţie
stângă
Lateroflexie
dreaptă
Rotaţie
dreaptă

Fig. 16. Schema lui Maigne &
de stea cu 6 braţe (19)

i
t
Extensie

30

Tehnica generală.

=> mobilizarea este precedată de decontractarea musculaturii segmentului prin aplicaţie locală de căldură sau prin masaj zonal lent şi insistent (are eficienţa cea mai mare);

=> apoi se *realizează* poziţionarea cât rnai bună a pacientului şi a manipulatorului, astfel încât să se obţină o relaxare maximă şi un abord cât mai eficient;

=> pe direcţia de mişcare liberă (opusă celei mai limitate sau celei mai dureroase) se execută mobilizări lente până la nivelul de "punere în tensiune" (capătul arcului de mişcare); se revine şi se repetă de câteva ori acest ciclu; după 5-10 asemenea mobilizări, la capătul arcului de mişcare se execută manipularea, scurt şi ferm.

Fig. 17

E/ongaţi/le vertebra/e reprezintă tracţiunea în ax a diverselor regiuni ale coloanei cu scopul de a îndepărta vertebrele între ele, pentru a reduce leziunile discale sau pentru a favoriza procesul de acomodare a aparatului disco-ligamento-radicular.

31

* Sunt indicate în cervico-dorso-lombalgii cu semne neurologice absente şi sindrom vertebral bun (fără cifoze şi/sau scolioze): blocaje inter-apofizare (sindrom intervertebral posterior, minor), cervico-dorso-lombalgii acute/subacute/cronice, radiculopatii, nevralgii şi nevrite.

> Reacţii postmanipulare:

=> curbăturile: apar după prima şedinţă şi dispar după 1-2 zile sau la administrarea de AINS; -i,

—• exacerbarea tranzitorie a durerii: apare la 6-10 zile după şedinţă şi dispare în 24 ore (apariţia durerii în timpul sau imediat după manipulare arată aplicarea greşită a tehnicii);

=> tulburări vegetative prin interesarea simpaticului local: sudoraţii,

meteorism abdominal, dureri epigastrice, palpitaţii, greaţă şi/sau vărsături.
> Accidente:
=> deces prin accident vascular trombotic de trunchi cerebral;
=> tetraplegie sau paraplegii prin accident vascular medular;
=> hemoragii meningiene;
=> fracturi vertebrale;
z^ paralizii de plex brahial sau trunchi lombo-sacrat.
>. Contraindicaţii:
=> suferinţe ale rahisului de origine inflamatorie / infecţioasă/tumorală;
=> osteoporoză avansată;
=> artroza hiperostozantă avansată;
=> persoanele trecute de 60 de ani şi/sau cu labilitate psihică.
Asupra membrelor:
>- Se realizează mobilizarea articulaţiei până la nivelul de "punere în tensiune" şi de aici se efectuează manipularea, scurt, rapid şi ferm, cu forţarea articulaţiei peste această limită.
>• Manipularea membrelor se *realizează* pe principiul mişcărilor "imposibile activ, dar fiziologic posibile".

« Clasificarea tehnicilor: .
> după maniera de executare:
=> în axul coloanei;
=> pe segmentul vertebral înclinat ="orientate";
> după modul de acţiune:
=> continue:
o de lungă durată (ore, zile) - forţa de tracţiune este slabă şi nu se ajunge la ecartaj vertebral;
o de scurtă durată (minute) - forţa de tracţiune este puternică **şi** se realizează ecartajul vertebral;
=> discontinue (intermitente) - forţa de tracţiune creşte progresiv, se ajunge la un maxim care se menţine câteva minute, apoi scade treptat, ciclul reluându-se de câteva ori:
>• funcţie de poziţia pacientului, se pot realiza din poziţie culcat, şezând sau ortostatică;
> efectuate asupra corpului imersat în apă caldă beneficiază de efectul decontractant al acesteia, dar are dezavantajul dificultăţii de poziţionare şi de menţinere a poziţiei corpului în apă.
• Metodele cele mai folosite:
> elongaţia gravitaţională - pacientul este poziţionat pe un plan înclinat la 30-60° cu un corset pe torace şi elongaţia se realizează prin greutatea trunchiului inferior (ce reprezintă 1/3 din greutatea totală a corpului) +/- sisteme de greutăţi de 5-15 kg prinse la nivelul gleznelor, timp de 30-40 minute/zi, 10-12 zile;
>• posturi de extensie - se realizează în trei timpi, 4-5 minute, din două în două ore progresiv, 5-6 zile:
^> timpul 1 - pacientul în decubit ventral cu un sul sub torace;
=> timpul 2 - pacientul aşezat în coate cu bazinul fixat pe planul patului;
=> timpul 3 - pacientul sprijinit în mâini cu membrele superioare extinse;
* O variantă mai uşor de menţinut, în special pentru copii şi persoane deficiente, este prezentată în fig.18.

,. elongaţii manuale ale coloanei cervicale - pacientul în decubit dorsal, cu capul în uşoară flexie, printr-o priză pe occiput şi una pe menton, se realizează un ciclu de tracţiune de 6-8 secunde şi o pauză de 8-12 secunde, timp de 30-50 minute;
,. elongaţii cu căpăstrul Glisson - pacientul în şezând cu căpăstrul pe cap, de care se fixează, printr-o coardă petrecută peste un scripete, greutăţi etalonate fixe sau crescute progresiv.
, Indicaţiile şi contraindicatele elongaţiilor sunt identice cu cele ale manipulărilor.
Scuturăturile sunt mişcări oscilatorii ritmice şi ample executate asupra membrelor, degetelor, toracelui, sau corpului în întregime şi cu efecte relaxante (dacă sunt executate lent şi uşor) sau stimulante (daca sunt executate într-un ritm mai alert):
« asupra membrelor - se prind mâinile de degete şi picioarele de călcâie

sau ambele de marginile lor laterale şi se scutură în toate direcţiile în asociere cu tracţiuni uşoare în ax;

. asupra degetelor - se aplică o mână "în căuş" peste vârful degetelor şi cu cealaltă se fixează pumnul sau glezna, sau se aplică mâinile lateral pe zonă şi se realizează fie flexia-extensia degetelor, fie o rulare a lor între palme;

Fig. 19

• asupra toracelui - se execută în corelaţie cu mişcările de respiraţie, prin scuturături asemănătoare trepidaţiilor;

• asupra corpului în întregime - se execută de obicei la sfârşitul şedinţei de masaj, asupra copiilor sau persoanelor ce pot fi ridicate în braţe, cu trunchiul în uşoară extensie.

Alte tehnici folosite în scopul creşterii excitabilităţii locale

• ***"Ciupirile" tegumentului şi ţesutului celular subcutanat*** **- efectuate** cu vârful degetelor.

Fig. 18

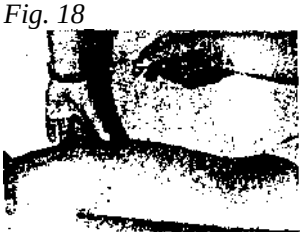


Fig. 20

"Pensările" porţiunilor musculare ale membrelor - se apuca între degete o cută de piele, ţesut celular subcutanat sau chiar muşchi dacă este posibil, care se strânge uşor, se ridică cât permite şi apoi se eliberează brusc, executându-se alert pe diferite zone alternative (fig. 21).
"Stoarcerile" - ca şi cum s-ar stoarce o rufă, realizând o combatere a stazei circulatorii locale (fig. 22).

t

"Ridicările muşchilor", de obicei aplicate pe spate - o cută mare este prinsă între degete şi palmă şi apoi deplasată în direcţii variate.

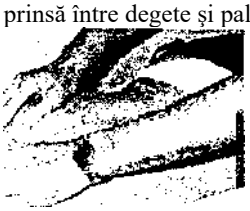


Fig. 23

6.1.1.3. Tehnicile speciale (2,9,12,18,19)
Pentru piele
« *Kineplastia Morice:* reprezintă un frământat al pielii şi al ţesutului conjunctiv sub forma unui "malaxaj" epidermo-dermic centripet, realizat cu una sau ambele mâini, în acelaşi sens sau în sens contrar; are rol în stimularea circulaţiei locale, în special a celei veno-limfatice, şi în menţinerea sau creşterea troficităţii locale.

Fig. 24

Petrisajul Jaquet&Leroy este un frământat numai al tegumentului, realizat în sens centripet şi folosind toate metodele expuse anterior, cu un rol trofic deosebit (fig. 25).
Masajul trofic Glerant constă în fricţiuni circulare ale epidermului pe ţesutul celular subcutanat, la 5 cm de plagă şi fără a desprinde mâna de pe tegument; are rolul de a ameliora circulaţia, de a dezvolta supleţea ţesutului şi de a combate instalarea edemului local în cazul plăgilor sau al grefelor tegumentare (fig. 26). :

Fig. 25

Fig. 26

Metoda "palpare-rulare" Wetterwald: se adresează fenomenelor de infiltraţie şi aderenţă ale tegumentului, adesea asociate fenomenului celulitic, realizându-se în 4 timpi:

1. realizarea pliului cutanat ± fracţionare axială pentru îndepărtarea pielii de planurile subiacente;
2. alunecarea laterală a celor 2 părţi ale pliului, unul pe altul şi asociată cu o stoarcere de intensitate variabilă;
3. torsionarea pliului;
4. rularea progresivă , pulpele degetelor II-III-IV trăgând pliul spre police şi făcând să înainteze un "val" cutanat cu 1-2 cm la fiecare rulare.

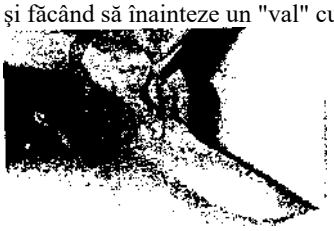


Fig. 27

Pentru capsula articulară

• ***Masajul profund Cyriax*** cu două sau trei degete se pătrunde profund în zona articulară şi periarticulară, realizându-se fricţiuni transversale şi spiralate ale capsulei articulare şi inserţiilor ligamentare; are ca efect menţinerea "funcţionalităţii" acestor structuri relativ slab vascularizate şi cu o reacţie negativă rapidă la stimuli defavorabili interni şi externi.

r

Fig. 28

Pentru muşchi, tendoane, ligamente

• ***Masajul manipulativ Terrier-Benz*** :constă într-un contact manual minimal al terapeutului cu zona afectată (de obicei pulpar şi mai rar prin marginea radială sau cubitală a mâinii, articulaţia metacarpofalangiană a indexului, priza "în brăţară"), iar mâna aplicată pe zona de tratat nu se mişcă, masajul realizându-se prin mişcarea indusă zonei/segmentului de către mobilizarea sa pasivă prin balansarea corpului terapeutului; adresându-se de fapt tuturor structurilor aparatului NMAK, dar cu pedilecţie celor mai sus menţionate, se indică în afectările posttraumatice şi reumatismale ale acestora.

Fig. 29

Masajul asociat cu contracţia musculară', utilizat în special după imobilizările prelungite, care ,de foarte multe ori, determină absenţa contracţiei voluntare şi constă contracţia voluntară a muşchiului/grupelor musculare în timpul masajului, având drept scop refacerea regiunii care este sediul fenomenelor de inhibiţie cu reintegrarea sa în ansamblul lanţului funcţional prin:

=> facilitarea contracţiei voluntare', muşchiuii/grupul muscular este ridicat cu toată mâna, apoi este pus în tensiune transversală sau longitudinală faţă de axul său lung, în funcţie de necesităţi şi pacientul este invitat să-şi elibereze voluntar muşchiuii/grupul muscular din aceste prize (contracţia poate fi stimulată uzitând de elementele facilitatorii ale exerciţiului fizic terapeutic);

=> facilitarea indirectă a relaxării', relaxarea obţinută prin asocierea contracţiei musculare la masaj este mai rapidă, mai puternică şi mai durabilă decât cea obţinută prin aplicarea masajului pe muşchiul necontracturat; există *3* metode de realizare a ei:

1. aplicarea unui masaj puternic şi intenţionat dureros la nivelul muşchiului contracturat şi realizarea unei contracţii voluntare a muşchiului, cât mai complete şi mai intense (fig. 30).

Fig. 30

2. scurtă tensiune manuală a muşchiului în perioada de relaxare a acestuia postcontracţie, succedată de o succesiune de contracţii-relaxări asociate masajului

3. hold-relax-ul (contracţia intensă contra rezstenţă) pe musculatura antagonistă

***"Metoda începutului bun" Bugnet**:* terapeutu! aplică o priză "în cleşte" transversală pe muşchiul aflat în stare de reia/are până la hipotonie-hipotrofie uşoară, îl îndepărtează de planul osos i_biacent, îl supune unei torsiuni şi printr-o comandă verbală scurtă şi cla-â cere pacientului să-şi elibereze muşchiul din priza sa, exerciţiul repe'.andu-se, după o pauză de câteva secunde, lent de 10 ori ; având drept -.cop întărirea aferentelor proprioceptive ale sectorului tratat prin "revărsata" influxurilor centripete în sensul extinderii stretch reflexului (spre decoebire de tehnica Rabe, unde receptorii articulari sunt stimulaţi prin deplasarea segmentelor osoase) este utilizată cu succes în deficienţele muscu:;-= posttraumatice, post-chirurgicale şi reumatologice (fig. 31).

*-«««f^^

Fig. 31

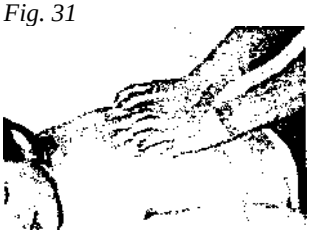


Fig. 32

Pentru fascii

• ***Masajul manipulativ Rabe*** : reprezintă o "întrr^re" a fasciilor realizată printr-o mobilizare tracţională pasivă şi râpei a elementelor osteo-articulare, cu un contact manual cât mai mare a terapeutului cu zona/ segmentul de tratat; realizând o "elasticizare' *i* fasciilor şi o "reglare" neuronală localăredă pacientului sensul core~ 2! mişcării elementelor lezate (fig. 32).

Metode californiene de fasciterapie :
-• *metoda Lehner:* utilizează mobilizarea şi întinderea progresivă a fasciilor ca şi contracţii izometrice de tipul hold-relax, la limita durerii, asupra pacientului relaxat şi aflat într-un climat de confort (fig. 33);
=> *metoda Roii:* întinderea fasciilor se realizează într-o modalitate mai agresivă decât precedenta şi peste limita dureroasă (fig. 34).

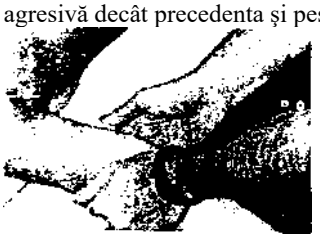


Fig. 33 **L**

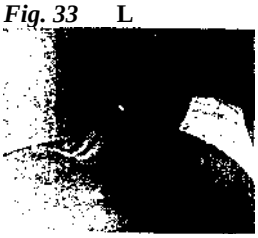


Fig. 34

Pentru segmente

• *Masajul de apel al toracelui pentru membrul superior şi al abdomenului pentru membrul inferior* în dorinţa de a creşte eficacitatea masajului aplicat unui membru afectat de diferite cauze patologice se foloseşte iniţial acest tip de masaj, cu rol de creştere a circulaţiei locale, a excitabilităţii neuromusculare şi a troficităţii structurilor constituente; el se realizează prin tehnicile clasice cunoscute, alternativ centripet şi centrifug, dinspre şi înspre rădăcina membrului; ulterior se *realizează* masajul membrului respectiv în sens centrifug.

Pentru afecţiunile venolimfatice

• *Drenajul manual limfatic Leduc & Godard:* precede aplicarea metodei van der Mohlen, având rolul de a goli limfaticele până la limita posibilă manual şi se realizează într-o tehnică succesivă:
—• iniţial de aspiraţie (de apel) - dinspre zona distala a membrului se execută spre zona proximală fricţiuni profunde, lungi, progresive;
=. apoi de resorbţie - *se* execută succesiv presiuni intermitente urmate de relaxări, tot dinspre distal spre proximal, în genul "maşinii de cusut";
rv *se* reia tehnica de aspiraţie şi apoi se aplică metoda van der Mohlen.

Fig. 35

Masajul tălpii venoase Lejars reprezintă o metodă care în ultima perioadă a căzut în desuetitudine, dar poate fi încă folosită cu succes în tulburările venoase uşoare şi medii ale membrelor inferioare, cantonate de obicei la nivelul gambelor, care influenţează negativ afecţiunile reumatismale ale genunchilor. Se realizează dinspre distal spre proximal, începând din zona iniţială de pe plantă a marilor vase venoase şi continuând înspre gleznă şi treimea distală a gambei, prin neteziri urmate de fricţiuni şi frământări, continue şi intermitente, în final bolnavul adoptă o postură antideclivă timp de 30-60 minute.

Pentru organele interne-metode combinate

• *Metoda Grossi:* bazându-se pe existenţa legăturilor viscero-cutanate în care un stimul aplicat pe suprafaţa cutanată a peretelui abdominal acţionează asupra musculaturii netede a stomacului şi intestinului (fiind, de fapt, o metodă reflexoterapică specială), se adresează ptozelor gastrice şi intestinale, a dereglărilor secretorii determinate de acestea, de origini

diverse (inclusiv posttraumatice şi chirurgicale, exclusiv tumorile neopiazice) şi se realizează succesiv astfel:
1. pacientul în decubit dorsal şi relaxat, iar terapeutul reperează zonele reflexe cutanate(existând 6 asemenea zone) hiperestezice;
2. teraspeutul execută efloraje uşoare şi lente pe toate zonele şi se repetă acestea pe zonele cele mai sensibile, durata şedinţei nedepăşind 20-25 de minute; eficienţa tratamentului se urmăreşte prin aprecierea modificărilor zgomotelor intestinale la ascultatia abdominală (practic, terapeutul aşezat lateral faţă de pacient, cu o mână execută masajul şi cu cealaltă deplasează stetoscopul).

Fig. 36

Pentru efecte combinate (metode combinate)

Metoda Knap: propusă de Knap ca parte integrantă a unui program complex de menţinere a sănătăţii, se poate folosi cu succes (iniferent de etiologia medicală sau postchirurgicală) pentru
1. *stimularea circulaţiei sanguine:* pacientul în decubit dorsal cu un membru inferior la verticală, iar terapeutul, printr-o priză "în brăţară" a membrului, execută 30-40 de presiuni alunecate profunde, dinspre distal spre proximal;
2. *combaterea constipaţiei:* pacientul în aşezat-rezemat cu genunchii flectaţi, iar terapeutul execută un masaj abdominal lent şi profund, folosind tehnicile clasice, în sens orar şi cu insistenţă pe colonul ascendent;

3. *anihilarea puncte/or dureroase musculare:* fricţiunea circulară li profundă cu pulpa degetelor, repetată de 40- 50 de ori, a 8 puncte speciale de la nivelul regiunii cervico-scapulo-toracice (ele fiind de fapt, o parte din punctele topografice speciale "miogelotice" întâlnite în sindroamele miofasciale şi fibromialgice).

• ***Metoda Vogler.*** se bazează pe declanşarea efectelor reflexogene la distanţă (fiind deci tot o metodă reflexoterapeutică specială) prin folosirea presiunilor aplicate pe anumite puncte şi obţinând, astfel, efecte antalgice şi metabolice:

1. *masajulperiostului:* se realizează presiuni alunecate profunde şi ritmate (alternanţă de presiuni şi relaxări) pe suprafeţele periostale accesibile, pornind de la punctul tratat procedeul executându-se "în stea" (împingând ţesutul superficial spre marginea zonei tratate, fără ca degetele să alunece pe piele) şi apoi prin mişcări circulare lente pe locul dureros, la limita de toleranţă a durerii, 20-30 de minute/şedinţă;
2. *masajul colonului:* în constipaţiile atone, bradikineziile veziculare, manifestările spasmodice ale colonului, ulcerele duodenale se execută o presiune lentă şi profundă cu ultimele 4 degete pe peretele abdominal în sensul tranzitului intestinal (existând 5 zone speciale, la unghiurile colice şi regiunea rectală), 30 de minute zilnic.

Pentru organele profunde - metode specifice

• Tehnica va fi prezentată la capitolul de masaj al diverselor organe şi aparate.

6.1.1.4. Mobilizările postmasaj (mişcări şi manevre după masaj)

Tehnica generală

• Mobilizări pasive din articulaţiile masate şi în cele învecinate cu regiunile masate în toate axele de mişcare permise.

• Mobilizări pasivo-active şi activo-pasive, progresive, iniţial în direcţiile libere şi apoi în direcţia cea mai deficitară.

• Tehnici de facilitare neuromusculare proprioceptive:

—< fundamentale (de bază); iradierea influxului nervos de la musculatura puternică la cea slabă, iradierea de la un membru sănătos la cel bolnav, reflexe de postură şi echilibrare, vizualizarea directă a mişcării, reciprocitatea între două scheme;

=> speciale cu caracter general: inversarea lentă, inversarea lentă cu opunere, contracţiile repetate, inversarea agonistă, secve^falitatea pentru întărire;

=> specifice:

>• pentru promovarea mobilităţii: iniţiere ritmică, relaxare-opunere agonistă şi antagonistă, rotaţie ritmică, stabilizare ritmică, mişcarea activă de relaxare-opunere;

>. pentru promovarea stabilităţii contracţia izometrică în zona scurtată, izometria alternantă;

» pentru promovarea mobilităţii controlate: patrupedia;

> pentru promovarea abilităţii: progresia cu rezistentă, secvenţialitatea normală.

. Utilizarea de elemente facilitatorii ale răspunsului neuro-muscular: stretch-ul, rostogolirea ritmică repetată, telescoparea, acceleraţia liniară şi angulară, atingerea uşoară, contactele manuale şi presiunea pe tendoanele lungi.

. Mişcări active simple şi cu rezistenţă progresivă realizată manual sau cu ajutorul scripetoterapiei, suspensoterapiei, hidrokinetoterapiei, greutăţilor etalonate.

« Elemente de terapie ocupaţională.

. Sportul terapeutic, dintre care înotul este cel mai **complex şi cu rezultatele** cele mai rapide.

Tehnica particulară

• Va fi prezentată la fiecare categorie în parte.

6.1.1.5. Masajul diverselor regiuni

Se prezintă masajul regiunilor anatomice după structurarea metodologică şi tehnică realizată de dr. Weiss L., care ni se pare cea mai adecvată (3.4). După tehnicile de **masaj parţial,** referitoare diversele regiuni (extremităţile superioare, trunchiul, abdomenul şi extremităţile inferioare), urmează, în final, **masajul general.** De asemenea, am considerat necesară, din raţiuni de ordin practic, detalierea unor noţiuni de anatomie topografică a regiunilor ce

vor fi masate.

6.1.1.5.1. Masajul extremităţii superioare

Membrul superior (membrum superius) (1,17)

Sub aspect funcţional centura şi membrul propriu-zis alcătuiesc o unitate "sine qua non"; în cadrul acestei unităţi centura scapulară are un rol subordonat segmentului apendicular, căruia îi asigura de fapt legătura cu blocul toracic.

A1) Umărul - noţiuni de anatomie topografică

Umărul cuprinde trei regiuni topografice, dispuse în jurul centurii membrului superior şi al extremităţii proximale a humerusului. Aceste regiuni sunt aşezate în felul următor: regiunea deltoidiană - în partea laterală, regiunea scapuiară - în partea postenoară şi regiunea axilară - în partea medială.

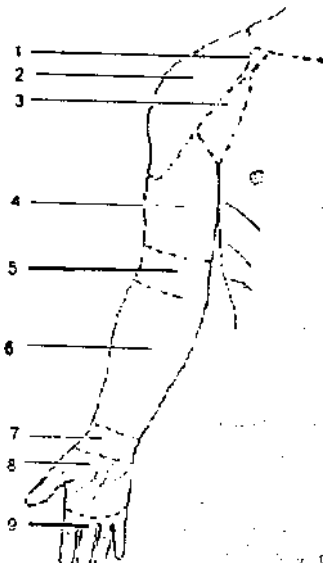
- **Regiunea deltoidiană** (regio deltoidea)

Este regiunea laterală a umărului, ea corespunde muşchiului deltoid, care este muşchiul abductor al braţului şi se inserează pe amprenta deltoidă a humerusului printr-un tendon puternic.

Limitele sunt:

=> proximal - clavicula şi acromionul;

=> distal - planul care trece dedesubtul **inserţiei muşchiului pectoral mare:**



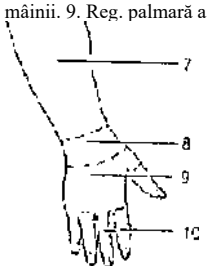
\

... /1 -v

\i v- •-' \

•

Regiunile topografice ale membrului superior drept, văzute anterior.
1. Şanţul (triunghiul) deltopectoral.
2. Reg. deitoidianâ. 3. Peretele anterior al axei. 4. Reg brahială anterioară. 5 Reg. plicei cotului. 6. Reg. Antebrahială anterioară. 7. Reg. anterioara a gâtului mîinii. 8. Reg palmară *a* mâinii. 9. Reg. palmară a degetelor.



Regiunile topografice a/e membrului superior drept, văzute posterior.
1. Reg. deltoidiană. 2. Reg. scapulară.
3. Reg brahială postenoară. 4. Reg. costală.
5. Reg. costoiliacă 6. Reg. oleocraniană. 7. Reg. antebrahială posterioară. 8. Reg. postenoară a gâtului mâinii. 9. Reg. dorsală a mâinii. 10. Reg. dorsală a degetelor.

Fig. 37(17)

=5. anterior - marginea anterioară a muşchiului deltoid (şanţul delto-pectoral);
=> posterior - marginea posterioară a deltoidului. /

Stratigrafia cuprinde următoarele planuri:

a) Pielea - fină şi mobilă.

b) Planul subcutanat-alcătuit din ţesut celular subcutanat cu panicul adipos. Conţine: ramuri arteriale superficiale, vene superficiale, limfatice superficiale, ramuri nervoase (din plexul cervical şi din nervul cutanat brahial lateral din axilar).

c) Fascia deltoidiană-acopera muşchiul de care aderă.

d) Planul profund cuprinde: '

=> stratul muscular reprezentat de deltoid, inserat proximal pe claviculă şi pe acromion, iar distal pe tuberozitatea deltoidiană;

=> ţesutul celular subdeltoidian conţine: bursa seroasă subdeltoidiană, arterele circumflexe humerale anterioară şi posterioară, ramuri ale arterei axilare însoţite de venele omonime, limfaticele profunde, nervul axilar;
42
3» stratul tendinos profund este reprezentat de tendoanele de inserţie ale următorilor muşchi: supraspinos, subspinos, rotundul mic (în ; partea lui postero-laterală), subscapular (în partea anterioară), tendonul pectoralului mare(anterior).
e) Planul articular - este reprezentat de faţa antero-laterală a articulaţiei umărului, precum şi de articulaţia acromio-claviculară.
BeflLyiiea.JLca£ulară (regio scapularis)
Ocupă partea posterioară a umărului şi este reprezentată de totalitatea părţilor moi situate pe faţa dorsală a scapulei, dublând peretele posterior al axilei.
Limitele sunt: -
=> proximal - marginea superioară a scapulei;
=> distal - marginea inferioara a rotundului mare;
=> medial - marginea mediala a scapulei;
=> lateral - marginea posterioară a deltoidului.
Stratigrafie regiunea scapulară este formată din:
a) Pielea - mobilă faţă de planurile subiacente, groasă.
b) Planul subcutanat - alcătuit din ţesut celular subcutanat, în general redus, şi de fascia superficială.Elementele nervoase sunt aceleaşi ca şi în regiunea deltoidiană.
c) Planul profund - cuprinde fosa supraspinoasă şi subspinoasă, separate de spina scapulei:
» în fosa supraspinoasă se întâlnesc două straturi: unul superficial reprezentat de muşchiul trapez, care se insera pe spina scapulei, şi unul profund, în care se găseşte muşchiul supraspinos;
» în fosa infraspinoasă se întâlnesc de asemenea două straturi: stratul superficial este discontinuu, alcătuit din trei muşchi, fasciculul inferior al trapezului (supero-medial), dorsalul mare (inferior), fasciculul posterior al deltoidului (supero-lateral). Stratul al doilea conţine în succesiune de sus in jos, muşchii: infraspinos, rotund mic şi rotund mare. Toţi sunt inseraţi în fosa infraspinoasă şi se îndreaptă apoi în direcţie laterală.
Regiunea axiliară (regio axillaris)
Reprezintă totalitatea părţilor moi cuprinse între articulaţia scapulo-humerală (supero-lateral), faţa laterală a toracelui(medial) şi scapula (posterior). Regiunea axilară are forma unei piramide cu axul oblic îndreptat în jos şi lateral.Ca atare i se vor descrie patru pereţi (anterior, ' posterior, medial, lateral), o bază(fosa axilară), un vârf(vârful axilei) şi un conţinut (cavitatea axilei).
în această regiune se găsesc: mănunchiul vasculo-nervos al axilei (vasele axilare şi fasciculele plexului brahial), ramurile colaterale ale acestora, vase şi noduri limfatice axilare.
43

A 2) Masajul umărului

Pentru masajul umărului trebuie să se ia în considerare musculatura acestei regiuni, care se împarte în trei grupuri: muşchiul supraspinos şi subspinos. muşchiul deltoid, muşchiul pectoral.

Pentru ca articulaţia să fie uşor accesibilă masajului, bolnavul va sta pe un taburet liber din toate părţile.

Se începe cu masajul de introducere, apoi la fiecare muşchi în parte se procedează după cum urmează:

=5 Se face netezirea cu palma a muşchiului supraspinos, apoi a celui subspinos (se poate aplica şi tehnica pieptene). Frământatul se face cu două degete sau rezemând mâna pe spina scapulei; se poate face şi un fel de geluire cu rădăcina mâinii de jos în sus. Baterea se face cu dosul sau cu dunga mâinii.

=» La muşchii pectorali se face netezirea, fixând cu mâna umărul apoi se aplică frământatul cu două degete. La femei se va masa cu grijă regiunea mamară, care este foarte sensibilă. Aici se poate face şi geluire pe distanţă scurtă. Fricţiunea se face numai când sunt cicatrici postoperatorii, aderente de scheletul osos al toracelui. Se face cu unul sau două degete de-a lungul cicatricei. Baterea asupra acestor cicatrice nu se face niciodată, deoarece în urma intervenţiei operatorii sunt lipsite .de ţesutul muscular subiacent.

=> Urmează muşchiul deltoid. Se netezeşte în sus, cu o mână sau cu două mâini, apoi se aplică petrisajul, mai mult sub formă de stoarcere făcută în sus: apoi transversal. Se poate aplica şi geluirea combinată cu stoarcerea. Baterea se face cu dosul mâinii sau cu dunga degetelor. Se trece apoi la fricţiune, procedură foarte importantă pentru articulaţia umărului, care se începe cu partea anterioară a capsulei articulare. Pentru a fi accesibilă, mâna bolnavului se plasează la spate, în această poziţie capul humeral proemină, putându-se acţiona direct asupra capsulei, aplicând fricţiunea orizontal, vertical şi circular. După aceasta, bolnavul îşi aşează mâna pe umărul sănătos, punând astfel în evidenţă partea posterioară a capsulei articulare, astfel încât se poate pătrunde cu degetul sub acromion. Pentru a fricţiona partea inferioară a capsulei articulare, bolnavul îşi va aşeza mâna pe umărul maseurului, care plasează ambele degete mari în axila bolnavului şi cu celelalte degete cuprinde partea superioară a umărului. Se trece apoi la fricţiunea bursei seroase a bicepsului. Bolnavul lasă să atârne mâna de-a lungul corpului, se palpează şanţul muşchiului deltoid între cele două porţiuni ale deltoidului şi se fricţionează, eventual combinat cu vibraţia, şanţul bicipital.

=> La sfârşit se execută mişcările particulare pentru umăr, pasive şi active de promovare - sprijinind braţul la ridicare - mişcări simetrice, simultan cu braţul normal, mişcări pendulare, eventual şi mişcări sacadate. Mişcările articulaţiei se fac în jurul axei verticale, rotaţia în afară şi înăuntru,

bolnavul ţinând antebraţul întins sau îndoit, iar umărul fixat La mişcările de rotaţie cu un singur braţ, bolnavul este în poziţie şezândă, iar maseurul, aşezat la spatele lui, cuprinde şi imobilizează cu o mână trunchiul la nivelul umărului, iar cu cealaltă mână ţine antebraţul în flexie şi execută mişcări în sus, înainte, în jos şi înapoi, descriind un cerc. Rotaţia ambelor braţe se face tot în poziţie şezândă, însă cu braţele întinse, cu mişcări simetrice, în jurul axei antero-postenoare se fac abducţia şi adducţia. La sfârşit se va executa şi mişcarea de pronaţie şi supinaţie extinsă a antebraţului, la care participă şi musculatura umărului.

, V.

S

>r'

H' (

(partea

-<

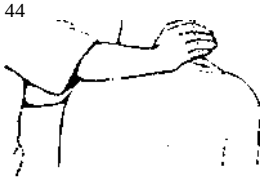
tu*€ulattiriL umilnilui

a **deltoidului)**

O

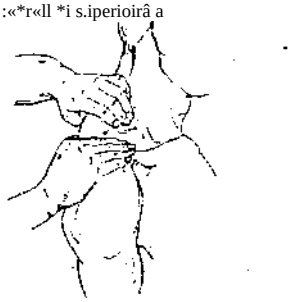
w. l

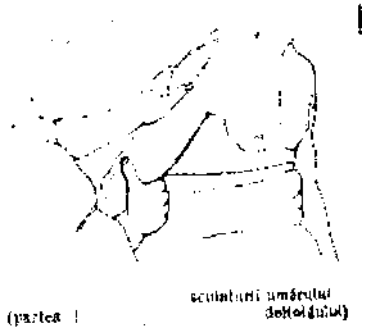
44



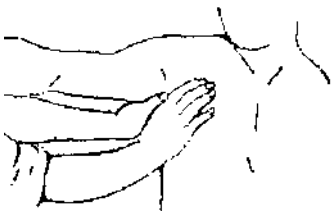
Nekilre* mu

:«*r«ll *i s.iperioirâ a





(partea !

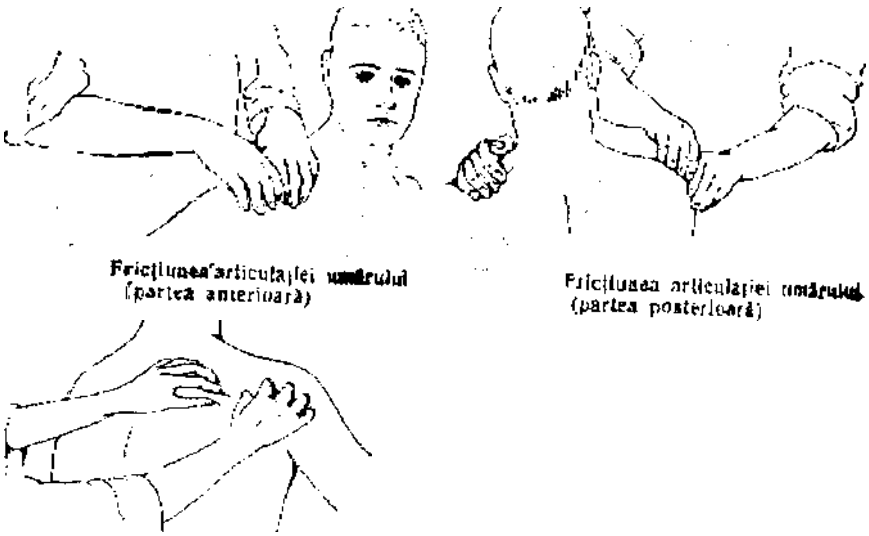


F/l«tiuo«a articulației uairului

(p*.-tea inferioară dta itlfî)

Fig. 38 (3,4-6,7)

45



A

frimlntara* ptr(H l n Urinare
<rul«lcirJl umJruJui tu Uu.'i d«

t\u ljiferiaar« *
(muţchor] **lol«.**

F/g. 38 *(continuare) (3,4.6,7)*

B1) Braţul (brachium) - noţiuni de anatomie topografică

Braţul este segmentul situat între umăr şi cot. La copii femei şi subiecţii adipoşi are forma aproape cilindrică. La subiecţii musculoşi' proemină relieful muşchiului biceps brahial, flancat de şanţul bicipital mediai(întins din axila pana la plică cotului) şi şanţul bicipital lateral(întins de la tuberozitatea de'toidiană până la plică cotului).

Braţu! este împărţit într-o regiune anterioară şi una posterioară printr-,un plan frontal dus prin cei doi epicondili şi prin marginile medială respectiv laterala ale diafizei humerala; planul trece prin cele două septuri intermusculare ale braţului. T

. Regiunea brahială anterioară (regio brachialis anterior)

Stratigrafie cuprinde următoarele planuri:

a) Pielea - mai fina pe faţa medială decât pe cea laterală, este mobilă faţă de planurile subiacente.

b) Planul subcutanat - conţine în ţesutul celulo-adipos o serie de elemente vascuto-nervoase superficiale (vena cefalică, vena bazilică, vasele limfatice superficiale, nervul cutanat medial al braţului).

c) Fascia brahială-înconjoară braţul ca un manşon.

46

d) Planul profund-este alcătuit din două straturi musculare. Cel superficial este reprezentat de deltoid - doar la inserţia sa distală pe tuberozitatea . deltoidiană - şi de bicepsul brahial. Stratul al doilea este alcătuit, de sus în jos şi în sens medio-lateral, din: coracobrahial, brahial, brahioradial. în partea medială a planului profund trece mănunchiul vasculo-nervos al braţului.

• Regiunea brahială posterioară (regio brachialis posterior)

Stratigrafie cuprinde următoarele planuri:

a) Pielea - este mai groasă şi cu peri mai lungi decât cei din regiunea anterioară.

b) Planul subcutanat-mai bogat în ţesut adipos, conţine ca elemente nervoase superficiale: nervul cutanat brahial lateral superior, nervul cutanat brahial lateral inferior, nervul cutanat brahial posterior.

c) Planul fascial - este reprezentat de partea posterioară a fasciei brahiale.

d) Planul profund - prezintă muşchiul triceps brahial, cel mai puternic extensor al antebraţului, format dintr-o lungă porţiune inserată sus pe omoplat şi doi muşchi vaşti, unul intern, altul extern, inseraţi sus pe humerus, toţi trei terminaţi în jos cu un tendon puternic inserat pe olecran. între cele două capete scurte ale tricepsului, direct pe planul

••'-• •• osos, descinde nervul radial cu vasele brahiale profunde şi cu ″••-;: limfaticele profunde.
Nervul radial se desprinde din fasciculul posterior al plexului brahial, având origine în rădăcinile C5-T1. Nervul radial este un nerv mixt, • predominant motor. Ramurile motoare se distribuie muşchilor extensori şi supinatori ai membrului superior:
=> pentru extensorii cotului (triceps, anconeu);
=> pentru supinatorii antebraţului (scurtul supinator, cel mai puternic supinator);
=> pentru extensorii pumnului(primul şi al doilea radial şi cubitalul posterior);
=> pentru extensorii metacarpofalangieni (extensorul comun al degetelor, extensorul propriu al indexului, extensorul propriu al degetului 5);
=> extensorii policelui (scurtul şi lungul extenscr al policelui);
=> pentru abducţia policelui (lungul abductor al policelui).
Ramurile senzitive asigură sensibilitatea tegumentelor feţei posterioare a braţului, antebraţului şi mâinii. Numai o zonă cutanată în tabachera anatomică este inervată exclusiv de radial-are valoare diagnostică.
Nervul radial conţine puţine fibre vegetative, spre deosebire de median şi cubital, motiv pentru care tulburările vasculonutritive sunt rare în paralizia de radial.
B2) Masajul braţului
La masajul acestei regiuni se vor avea în vedere următoarele trei grupuri musculare: grupul bicepsului, împreună cu brahialul anterior şi coraco-brahialul, grupul tricepsului, grupul deltoidului.

c) Planul fascial - este format de fascia cotului, continuare a fasciei brahiale, continuată apoi cu cea antebrahiala. Fascia este întărită medial de aponevroza bicipitală ce se desprinde din tendonul bicepsului.
d) Planul profund - este alcătuit din trei grupuri musculare, între care se formează cele două şanţuri - bicipital medial (ulnar) şi bicipital lateral (radial).
=* Grupul mijlociu cuprinde porţiunea terminală a bicepsului brahial, care acoperă muşchiul brahial.
=. Grupul medial, al flexorilor, este reprezentat de şase muşchi dispuşi în trei straturi. Cei ai primelor două straturi sunt muşchii epicondilieni mediali (epitrohleeni). în primul strat se întâlneşte rotundul pronator,
' flexorul radial al carpului, palmarul lung şi flexorul ulnar al carpului. Stratul secund este format de flexorul superficial al degetelor, iar în ultimul strat se găseşte flexorul profund al degetelor.
=• Grupul lateral este alcătuit din patru muşchi dispuşi de la suprafaţă
, spre profunzime: brahioradialul, lungul extensor radial al carpului, scurtul extensor radial al carpului şi supinatorul.
în profunzime trece un important pachet vasculonervos, care cuprinde artera humerala şi cele două vene satelite, artera radialâ cu recurenta ei anterioară, artera ulnară cu recurentele ei, nervii median, ulnar si radial, musculocutanatul şi interosoşii.
• Regiunea posterioară a cotului (regio cubitalis posterior)
Este numită şi regiunea olecraniană, cuprinzând olecranul, încadrat de cei doi epicondili humerali (cel medial proeminând mai mult decât cel lateral), între ele se formează două şanţuri paraolecraniene, cel medial fiind mai adânc, aici simţindu-se cordonul nervului ulnar.
Stratigrafie:
a) Pielea-groasă şi mobilă,se cutează deasupra olecranului în extensie.
b) Planul subcutanat-conţine la nivelul proeminenţei olecraniene o bursă seroasă subcutanată (frecvent inflamată în urma microtraumatismelor). Ca elemente nervoase, planul suprafascial cuprinde ramuri din radial, musculocutanat şi din cutanatul medial al antebraţului.
c) Fascia regiunii - strâns aderentă de periostul celor trei proeminenţe osoase, se continuă cu fasciile învecinate. l
d) Planul profund este alcătuit din trei grupuri de muşchi:
=. grupul mijlociu este reprezentat de inserţia distală a tricepsului brahial pe olecran;
=» grupul lateral, al extensorilor, numiţi şi muşchii epicondilieni laterali, sunt: extensorul degetelor, extensorul degetului mic, extensorul ulnar al carpului şi anconeul;
~- grupul medial cuprinde doar capul ulnar de origine al flexorului ulnar al carpului.
C2) Masajul articulaţiei cotului j
Pentru masajul articulaţiei cotului maseurul sade ţinând braţul bolnavului în abducţie, articulaţia cotului în uşoară flexie, mâna în pronaţie, rezemând faţa palmară a mâinii pe genunchiul maseurului.
=> Se începe cu masajul de introducere, netezind de la regiunea cubitală în st spre umăr, pe partea laterală şi înăuntrul deltoidului, îmbrăţişând tricepsul
=> Fricţiunea părţii posterioare a capsulei *se* execută pătrunzând cu uri sau două degete spre interiorul ei, de-a lungul epicondilului extern intern, combinând eventual fricţiunea cu vibraţia. Se aplică apoi ambecc degete mari pe marginile olecranului, iar celelalte degete ale ambelor mâini pe plică cotului şi se fricţionează spre partea externă (epicondil extern), apoi spre cea internă. După aceasta, bolnavul duce antebraţul i supinaţie şi flexie, rezemându-şi mâna (faţa palmară) pe pieptul maseurului, care va fricţiona capsula articulară în partea ei anterioară pătrunzând cu ambele police în plică cotului printre tendoane.
» Şedinţa de masaj se va încheia cu netezire, urmată de mişcări pasive $. active.

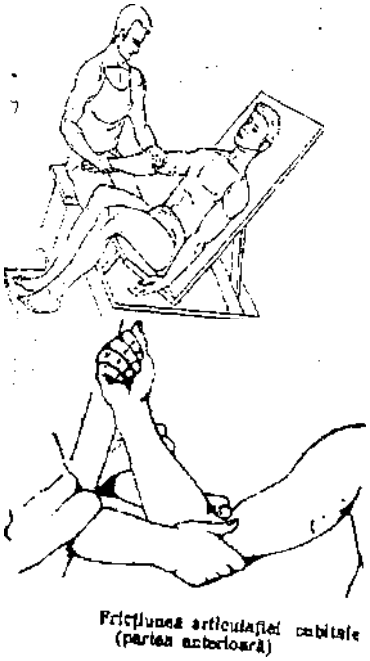
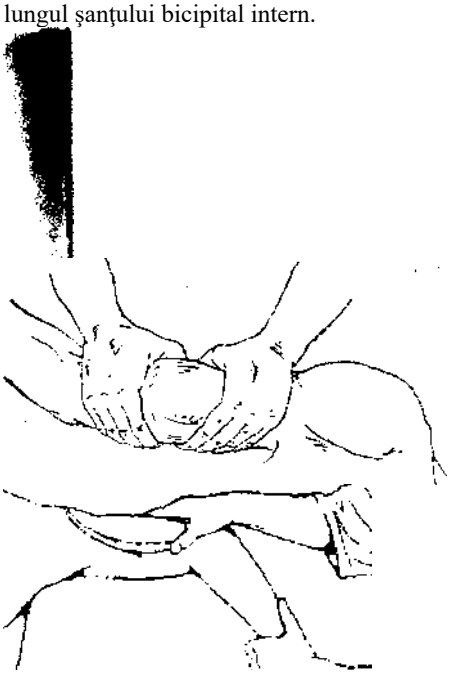
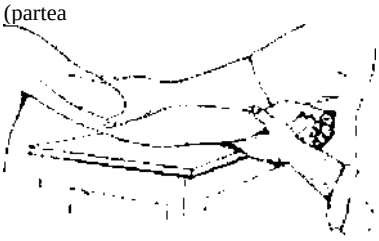


Fig. 40(3,4,6.7)

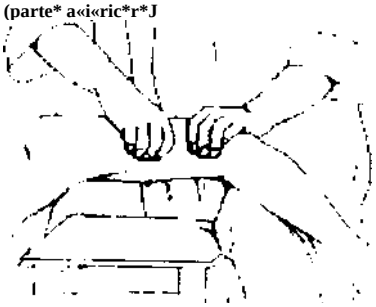
=> Se începe masajul cu grupul tricepsului, care suferă cel mai mult în urma traumatismului, reumatismului, proceselor osoase sau în urma inactivităţii, devenind cel mai repede atrofie. Maseurul ţine cu mâna stângă antebraţul stâng al bolnavului în uşoară flexie, iar cu cealaltă mână cuprinde mai întâi masa musculară a tricepsului şi netezeşte cu degetul mare, alunecând pe şanţul bicipital extern, apoi pe marginea posterioară a deltoidului, până la axilă, unde întâlneşte celelalte patru degete care alunecă de-a lungul şanţului bicipital intern.



(partea



Netezirea braţului
(parte* a«i«ric*r*J



F;ărotaLarea braţului

Fig. 39 (3,4,6,7)

- Se trece apoi la netezirea bicepsului pe partea stângă. Degetul mare va ' urma traiectul şanţului bicipital intern, celelalte degete traiectul şanţului bicipital extern, prin alunecare îndreptându-se în sus, spre partea internă a umărului. Se trece apoi cu policele pe marginea anterioară a deltoidului spre axilă, unde se aduc şi celelalte degete.

=, Urmează netezirea deltoidului, care este împărţit printr-un interstiţiu ce traversează mijlocul masei musculare, în două părţi: partea externă şi internă. Se va masa fiecare parte separat. Partea internă se va netezi de la mijlocul braţului în sus, până la acromion, aplicând degetul mare de la mâna dreaptă pe mijlocul muşchiului, iar celelalte degete pe partea lui anterioară. Partea externă se va netezi cu mâna stângă, pornind de la treimea inferioară către scapulă. Netezirea se poate combina, cu vibraţia, în aceeaşi ordine, fiind mai puţin dureroasă şi cu rezultate dintre cele mai bune. Frământatul se începe la triceps, se continuă cu bicepsul, apoi cu partea internă a deltoidului şi la urmă cu partea externă a deltoidului, făcându-se cu degetul mare şi cu arătătorul sau cu palma. Aici se poate aplica mângăluirea, făcută cu două palme, de sus în jos, de-a lungul muşchiului şi geluirea, mai ales la persoanele obeze, executată cu trei degete la partea anterioară, apoi la cea posterioară a braţului. Baterea se face cu dunga mâinii - degetele fiind lăsate libere - cu palma mâinii sau cu dosul mâinii. Identic se execută la braţul drept, cu prizele corespunzătoare.

C1) Cotul (cubitus) - noţiuni de anatomie topografică

Regiunea cotului, intermediară între braţ şi antebraţ, corespunde articulaţiei cotului.

Limitele sunt:

=• proximal - planul transversal care trece la două lăţimi de deget deasupra epicondililor humerali;

=> distal - planul transversal dus la două degete sub cei doi epicondili humerali.

Cotul se împarte în două regiuni, anterioară şi posterioară, prin planul frontal ce trece prin epicondilii humerali.

• Regiunea anterioară a cotului (regio cubitalis anterior)

Este numită şi plică cotului, prezintă trei reliefuri musculare: unul median, dat de flexorii antebraţului; unul lateral, al muşchilor epicondilieni laterali şi altul medial, al muşchilor epicondilieni mediali.

între aceste proeminenţe musculare se delimitează două şanţuri: bicipito-radial şi bicipito-ulnar. în şanţul bicipito-ulnar se poate palpa artera brahială

Stratigrafie se succed:

a) Pielea - este subţire, suplă, mobilă.

• b) Planul subcutanat - conţine panicul adipos, cuprinde vase limfatice superficiale, precum şi importantele vene superficiale, în partea laterală urcă vena cefalică, iar, în partea medială, vena bazilică; de asemenea în partea laterală a regiunii descinde nervul cutanat lateral al antebraţului, iar în partea medială, ramura anterioară de bifurcaţie a cutanatului medial al antebraţului.

D1) Antebraţul (antebrachium) - noţiuni de anatomie topografică
Limite/e sunt:
=5 proximal - planul transversal ce trece la două lăţimi de deget dedesubtul condililor humerali;
=> distal - planul transversal dus la doi cm deasupra procesului stiloidian al ulnei.
Antebraţul este subdivizat topografic într-o regiune anterioară şi una posterioară, printr-un plan frontal ce trece prin două linii verticale ce unesc epicondilii humerali cu cele două procese stiloidiene ale radiusului şi ulnei.
• Regiunea anterioară a antebraţului (regio antebrachialis anterior)
Stratigrafie prezintă:
a) Pielea - fină, subţire, mobilă pe părţile subiacente.
b) Planul subcutanat - reprezentat de ţesutul celulo-adipos, conţine ca elemente: venele superficiale (vena cefalică, vena bazilică, vena intermediară a antebraţului), nervii superficiali (ramurile anterioare din musculocutanat şi din cutanatul medial al antebraţului).
c) Fascia antebrahială - este mai groasă inferior, unde este întărită de fibre transversale care îi dau un caracter aponevrotic.
d) Planul profund - cel muscular, cuprinde 11 muşchi dispuşi în două grupuri, unul laterai şi unul anterior propriu-zis:
=> Grupul lateral este alcătuit din trei muşchi suprapus! (de la suprafaţă în profunzime): brahioradialul, lungul extensor radial al carpului şi scurtul extensor radial al carpului.
=> Grupul anterior propriu-zis are muşchii dispuşi în trei straturi. Primul strat conţine patru muşchi epicondilieni mediali (epitrohleeni): rotundul pronator, flexorul radial al carpului, palmarul lung şi flexorul ulnar al carpului. Al doilea strat este format din flexorul superficial al degetelor, iar stratul al treilea este constituit din trei muşchi: flexorul lung al policelui, flexorul profund al degetelor şi pătratul pronator.
în cadrul planului profund trec elemente vasculo-nervoase importante: nervul median, mănunchiul vasculo-nervos radial, mănunchiul vasculo-nervos ulnar, mănunchiul vasculo-nervos interosos anterior.
Vasele sangvine sunt însoţite de vasele limfatice profunde.
Nervul median îşi are originea în rădăcinile C6-T1. Pe traseul antebraţ-mână se desprind ramuri motorii pentru:
rotundul şi pătratul pronator(pronaţia antebraţului);
marele palmar (flexia pumnului, la care participă însă şi cubitalul anterior inervat de nervul cubital);
cei doi lombricali externi (participă la flexia articulaţiilor MCF);
flexorul superficial comun al degetelor (flexia celei de-a doua falange pe prima);

» flexorul profund comun-fasciculele degetelor 2 şi 3 (tlexia falangei • terminale pe cea de-a doua falangă);
» lungul flexor al policelui şi capul extern al scurtului flexor (flexia articulaţiei MCF şi IF a policelui);
« scurtul abductor al policelui (abducţia policelui, alături de lungul abductor inervat de nervul radial);
» opozantul policelui.
Deci, medianul este nervul flexiei mâinii, pronaţiei şi opoziţiei policelui. Paralizia medianului dă importante tulburări vasomotorii şi trofice: cianoză/eritem al degetelor, hipersudoraţie, descuamaţie, atrofie musculară a lojei anterioare a antebraţului şi eminenţei tenare.
Paralizia nervului median este cea mai invalidantă pentru mână, deoarece asigură sensibilitatea celor mai importante zone ale mâinii şi pentru faptul că desfinţează pensa tridigitală (police-index-medius), principala pensă de prehensiune.
Nervul cubital dă ramuri pentru inervarea muşchilor antebraţului şi mâinii,nu şi pentru cei ai braţului. Inervează:
* cubitalul anterior.care participă la flexia pumnului (alături de marele palmar, inervat de median);
* cei doi lombricali interni;
» interosoşii palmari şi dorsali (care participă la flexia articulaţiei MCF şi fac adducţia, respectiv abducţia);

» flexorul profund al degetelor, care realizează flexia falangelor distale ale degetelor 4 şi 5;
* flexorul scurt şi adductorul policelui;
* opozantul degetului 5.

Cubitalul este considerat nervul care comandă mişcările fine ale mâinii,în timp ce radialul şi medianul, pe cele de forţă.

Regiunea posterioară a antebraţului (regio antebrachialis posterior)

Stratigrafia cuprinde:

a) Pielea - este mai groasă, mai puţin mobilă şi acoperită cu păr.

b) Planul subcutanat-cuprinde venele superficiale, vasele limfatice superficiale şi nervii superficiali care sunt reprezentaţi de ramuri cutanate ale nervului cutanat lateral al antebraţului (din musculocutanat), nervul cutanat posterior al antebraţului (din radial), nervul cutanat medial al antebraţului.

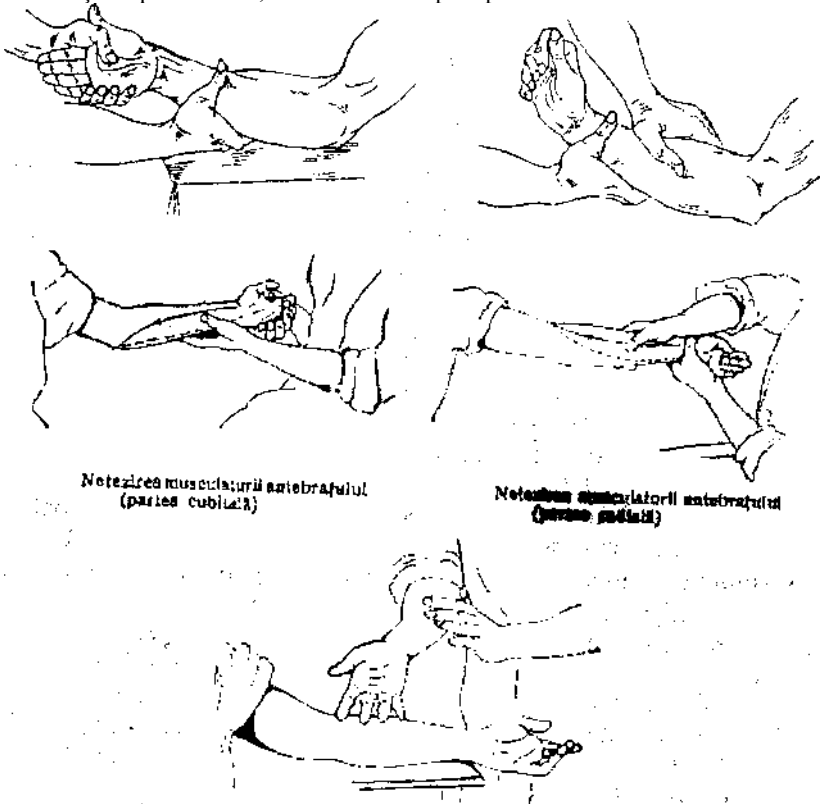
c) Fascia antebrahială - este mai groasă, datorită inserţiei pe ea a muşchilor

d) Planul profund - conţine 7 mușchi dispuşi în două straturi. Primul strat este reprezentat de mușchii epicondilieni laterali (în ordine latero-medială): extensorul degetelor, extensorul degetului mic şi extensorul ulnar al carpului. Stratul al doilea cuprinde: lungul abductor şi scurtul extensor ai policelui (ce coboară oblic spre marginea laterala a gâtului mâinii), lungul extensor al policelui şi extensorul indexului (cu traiect
• vertical spre mâna).

D2) Masajul antebraţului

La executarea masajului antebraţului se va ţine seama de cele două grupuri musculare: grupul extensorilor şi grupul flexorilor.

=> Se începe cu netezirea flexorilor. Degetul mare va urma cursul şanţului dintre flexori şi extensori, pe când celelalte degete cuprind extensorul şi, pornind în aceeaşi direcţie, se vor întâlni deasupra epicondilului intern. După aceasta se face netezirea extensorilor. Maseurul schimbă poziţia mâinilor, degetul mare va netezi flexorii, iar celelalte patru degete vor netezi în acelaşi timp extensorii, unindu-se deasupra epicondilului extern.



i dwelelor

: ••• *Fig. 41 (3,4,6,7)*

Frământatul începe cu grupul extensorilor de la extremitatea distală a antebraţului până la articulaţia cotului, cuprinzând întregul grup muscular

al extensorilor şi al părţilor laterale ale flexorilor între degetul mare şi celelalte degete. La persoanele obeze, frământatul se poate face şi cu ambele mâini. Urmează frământatul grupului flexor, bolnavul ţinând braţul în abducţie, cotul îndoit şi antebraţul în supinaţie. Mişcările de stoarcere se vor face în sus, alunecând spre epicondilul intern.

=> Fricţiunea nu se face, exceptând cazurile când sunt cicatrice sau induraţii de-a lungul tendoanelor.

^ Batere se poate face, fiind executată cu degetele ţinute libere. Este substituită mai mult de vibraţie.

E1) Gâtul mâinii (pumnul) - noţiuni de anatomie topografică

Este un segment scurt, de legătură între antebraţ şi mână. Postero-medial proemină procesul stiloidian al ulnei.

Limitele sunt:

==• proximal - planul transversal dus la 2 cm deasupra procesului stiloidian ulnar;

=> distal - planul dus imediat sub pisiform şi sub tuberculul scafoidului.

Gâtul mâinii se divide într-o regiune anterioară şi alta posterioară, cu ajutorul planului frontal ce trece prin mijlocul extremităţilor distale ale oaselor antebraţului.

« Regiunea anterioară a gâtului mâinii

Stratigrafie regiunea cuprinde:

a) Pielea - subţire şi aderentă de fascie, este vizibilă reţeaua venoasă

subcutanată prezintă trei pliuri transversale (ce se accentuează la flexia mâinii).

b) Planul subcutanat - format din ţesut conjunctiv dens, conţine ca elemente epifasciale: o reţea venoasă superficială, vase limfatice superficiale, ramurile palmare (cutanate) din nervul median, ramura cutanata palmara din nervul ulnar.

c) Planul fascial - este reprezentat de continuarea fasciei antebrahiale. în partea inferioară a regiunii, ea este dublată de o panglică fibroasă transversală profundă - retinaculul flexorilor. Aderent de retinacul trece tendonul muşchiului palmar lung. în partea ulnară trece mănunchiul vasculo-nervos ulnar.

d) Planul profund-cel musculo-tendinos.este dispus în patru straturi:

=> Primul strat este alcătuit din trei tendoane, care în ordine medial-lateral sunt: tendonul brahioradialului, tendonul flexorului radial al carpului, tendonul flexorului ulnar al carpului.

=» Al doilea strat tendinos este reprezentat de cele patru tendoane ale flexorului superficial al degetelor.

=> Al treilea strat este format din tendonul flexorului lung al policelui şi tendoanele flexorului profund al degetelor.

=> Ultimul strat este alcătuit din fasciculele inferioare, transversale, ale muşchiului pătrat pronator.

• **Regiunea posterioară a gâtului mâinii**

Strat/grafic regiunea cuprinde:

a) Pielea - mai groasă, mai mobilă şi cu pilozitate mai accentuată ca cea anterioară.

b) Planul subcutanat - alcătuit dintr-un ţesut conjunctiv lax ce conţine şi grăsime, prezintă: originea venelor cefalică şi bazilică, vase limfatice superficiale, ramuri nervoase din ramura superficială a radialului şi ramura dorsală a nervului ulnar.

c) Planul fascial - este întărit de fibre transversale, care formează retinaculul extensorilor.

d) Planul profund - este tendinos. în ordine radio-ulnară întâlnim tendoaneie următorilor muşchi: lungul abductor şi scurtul extensor ai policelui, extensorii radiali ai carpului (lung si scurt), lungul extensor al policelui, tendoanele extensorului indexului şi ale extensorului degetelor, extensorul degetului mic, extensorul ulnar al carpului, între tendoanele lungului abductor şi scurtului extensor ai policelui, pe de o parte, şi tendonul lungului extensor al policelui, pe de alta, *se* delimitează o depresiune numită tabachera anatomică.

F1) Mâna (manus) - noţiuni de anatomie topografică

Limita proximală este reprezentată de planul dus imediat sub pisiform şi sub tuberculul scafoidului. Mâna poate fi împărţită în două porţiuni: una proximală, mâna propriu-zisă, ce corespunde scheletului carpo-metacarpian; alta distală, reprezentată de cele cinci degete, corespunzătoare scheletului falangian.

Mâna propriu-zisă se subîmparte la rândul ei intr-o reginne palmară şi una dorsală.

• Regiunea palmară a mâinii (palma manus)

Are o forma concavă, cu o depresiune centrală delimitată între eminenţa tenară - în partea radială. cea hipotenară - în partea ulnară, ambele date de masa musculaturii policelui, respectiv a degetului mic, iar distal de bureletul digito-palmar.

Stratigrafie cuprinde următoarele planuri:

a) Pielea - groasă, puţin mobilă, lipsită complet de păr şi glande sebacee, în schimb cu multe glande sudoripare.

b) Planul subcutanat - prezintă fracturi fibroase, prin care pielea aderă de planul următor. La nivelul eminenţei hipotenare, planul conţine muşchiul palmar scurt. Nervii acestui plan sunt reprezentaţi de ramurile palmare ale medianului (ce inervează pielea eminenţei tenare şi a porţiunii mijlocii a palmei) şi de către nervul cutanat palmar (care inervează pielea eminenţei hipotenare).

c) Planul fascial - este reprezentat de fascia palmară superficială, care în porţiunea mijlocie alcătuieşte aponevroza palmară.

d) Planul profund subfascial - este alcătuit din două straturi, unul musculo-tendinos şi altul muscular interosos.

=> Stratul musculo-tendinos subfascial este dispus în trei loji palmare:

» Loja laterală (tenară) cuprinde cei patru muşchi ai policelui, aşezaţi în trei straturi: superficial (abductorul scurt); stratul mijlociu (muşchiul opozant al policelui şi flexorul scurt); stratul profund al lojii este alcătuit din fasciculul oblic al adductorului.

* Loja medială (hipotenară) conţine cei trei muşchi ai degetului mic, aşezaţi în două straturi. Superficial sunt dispuşi abductorul (în partea ulnară-medială) şi flexorul scurt (în partea radială-laterală).

» Loja mijlocie (mezotenară) este alcătuită din două straturi. Stratul superficial cuprinde tendoanele flexorului superficial al degetelor, iar stratul profund pe cele ale flexorului profund de care sunt anexaţi cei patru muşchi lombricali.

=> Stratul muscular interosos este reprezentat în ordine de: fascia muşchilor interosoşi (palmara profundă), vasele şi nervii, muşchii interosoşi (trei palmari şi patru dorsali).

Regiunea dorsală a mâinii (dorsum manus)

Stratigrafie se succed:

a) Pielea - foarte subţire, mobilă, acoperită în mod variabil cu păr, se vede prin transparenţa ei reţeaua venoasă superficială.

b) Planul subcutanat - este lax, aproape lipsit de grăsime, ceea ce permite difuzarea exudatelor, edemaţiindu-se considerabil în inflamaţia regiunii

palmare şi în tulburările circulatorii cardio-renale.
c) Planul fascial - este reprezentat de fascia dorsală a mâinii, care se continuă proximal cu retinaculul extensorilor.
d) Planul profund - cel tendinos, este alcătuit din tendoanele întâlnite şi la gâtul mâinii.

- Degetele mâinii (digiti manus)

Limita faţă de mâna propriu-zisă este reprezentată de linia curbă cu concavitatea proximală, care trece palmar prin plicele digito-palmare, iar dorsal prin comisurile interdigitale. Degetelor li se descriu o regiune palmară şi una dorsală, separate prin planurile frontale duse prin axul falangelor.
Ca şi mâna propriu-zisă, degetele pot fi frecvent sediul unor leziuni, care se pot complica cu supuraţii, dând naştere panariţiilor. Tendinţa supuraţiilor este de a difuza în profunzime ameninţând periostul, osul şi teaca sinovială; ele se pot extinde proximal spre palmă, în special în cazul tenosinovitelor degetelor l şi V, deoarece tecile sinoviale ale tendoanelor acestor degete se continuă în regiunea palmară, până în canalul carpian.

F2) Masajul articulaţiilor degetelor mâinii şi a articulaţiei radio-carpiene

Mâna bolnavului se aşează pe genunchiul maseurului, care începe cu masajul de introducere.

=> Se netezeşte cu palma în sus, de la vârful degetelor spre articulaţia cubitală, apoi fiecare deget în parte de la vârful degetului, pe partea anterioară, posterioară şi laterală, cu policele şi indicele.

=> După netezire, urmează frământatul, prinzând şi comprimând între police şi indice musculatura laterală a falangelor, pe partea internă, apoi pe cea externă sau concomitent. Frământatul se poate face şi în sens vertical şi înapoi, sub formă de mângăluire, cu două degete.

• =. în continuare se fricţionează cu atenţie toate articulaţiile interfalangiene şi metacarpo-falangiene, mai ales pe partea posterioară şi laterală, deoarece exsudatele intraarticulare proemină de obicei dorsal şi lateral.

Masajul regiunii dorsale a mâinii se face astfel:

=> Mâna bolnavului se sprijină pe genunchiul maseurului sau pe un suport şi se netezeşte cu mâna dreaptă în sus, de la articulaţia metacarpo-falangiană spre faţa dorsală a antebraţului, până la articulaţia cotului.

=> Frământatul se face mai ales pe regiunea tenară şi hipotenară sub formă de stoarcere, cu degetul mare şi cu indexul.

=i> La musculatura degetului mare se aplică netezirea, apoi frământarea de compresiune, urmate de frământarea cu două degete, vertical, pe musculatura policelui.

=> Se masează apoi muşchii interosoşi, care nu trebuie uitaţi, deoarece aici se instalează frecvent atrofii pronunţate. Maseurul pătrunde cu pulpa degetelor în spaţiile intermetacarpiene, apoi netezeşte şi frământă cu partea laterală a degetelor, sub formă de geluire, în ambele direcţii.

Masajul palmei nu are aceeaşi importanţă ca masajul regiunii dorsale. Totuşi, această regiune poate fi grav atinsă prin plăgi, accidente sau flegmoane. Din cauza aponevrozelor puternice ale palmei, masajul acestei regiuni este mai dificil. De aceea, mâna se aşează în flexie palmară şi se netezeşte mai energic de la rădăcina degetelor spre antebraţ cu partea dorsală a degetelor al ll-lea şi al V-lea complet îndoite. Prin apăsări adânci şi prin frământat lateral, se mobilizează tendoanele acestei regiuni.

Masajul articulaţiei radio-carpiene se efectuează în modul următor:

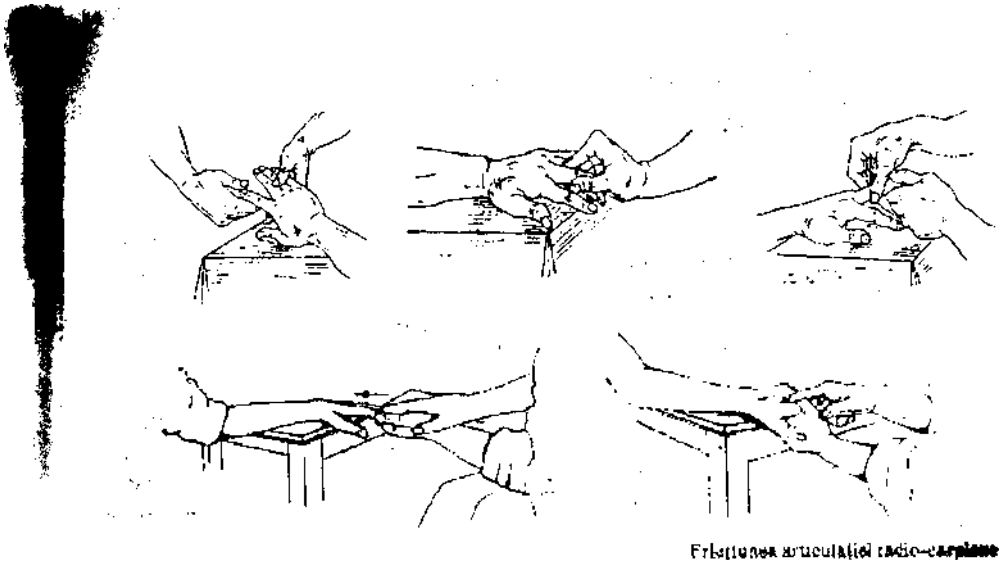
=5 Va începe cu masajul de introducere, netezind în sus, spre articulaţia cotului.

=> Mâna se aşează în flexie dorsală ca să se poată pătrunde în articulaţie şi se fac fricţiuni între apofiza stiloidă a radiusului şi cubitusului.

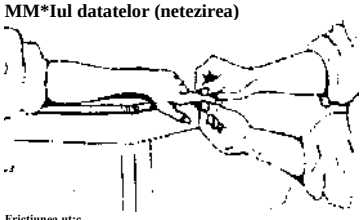
=> Se trece apoi la partea anterioară, flectând palmar complet mâna pentru a relaxa tendoanele în vederea unei mai uşoare pătrunderi între ele.

=• De asemenea trebuie să se ia în considerare atât partea internă, cât şi cea externă a articulaţiei. Eventual fricţiunea se va combina cu vibraţia.

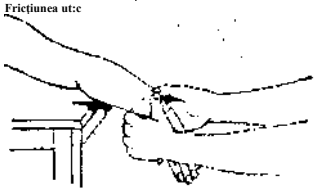
=> Masajul se termină totdeauna cu netezirea, după care urmează toate mişcările posibile din articulaţia degetelor şi cea radio-carpiană.



MM*Iul datatelor (netezirea)



Fricţiunea ut:e



Netezirea şi întinderea musculaturii mîinii

Fig. 42(3,4,6,7)

6.1.1.5.2. Masajul trunchiului

Trunchiul (truncus) (1 ,17)

Reprezintă segmentul corpului situat dedesubtul gâtului; pe trunchi se prind rădăcinile membrelor. Trunchiul este format din trei segmente, care, de sus în jos, sunt: toracele, abdomenul şi pelvisul.

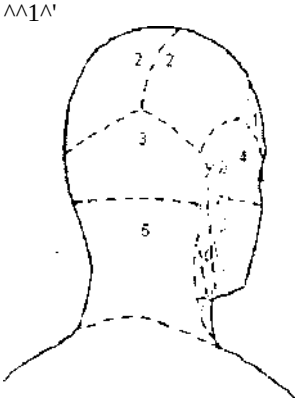
Scheletul trunchiului este reprezentat de coloana vertebrală, stern, coaste şi pelvisul osos.

A1) Regiunea rahidiană (regio vertebralis) - noţiuni de anatomie topografică

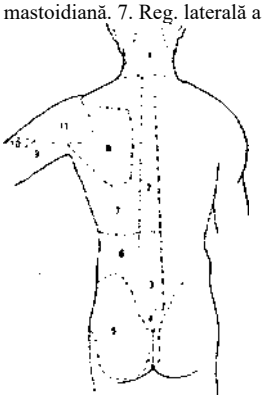
Regiunea rahidiană se întinde în partea posterioară a gâtului şi a trunchiului, cuprinzând coloana vertebrală împreună cu conţinutul canalului vertebral, precum şi totalitatea părţilor moi situate dorsal de ea.

în cadrul regiunii rahidiene se studiază coloana vertebrală osoasă şi părţile moi retrorahidiene (regiunile retrorahidiene).

Coloana vertabrală
Coloana vertebrală formează axul osos al trunchiului; nu este rectilinie, prezintând curburi în planele sagital şi frontal. Curburile în plan sagitalsunt:
=5 cervicală - cu convexitatea înainte(lordoza cervicală);
=> dorsală - cu convexitatea înapoi(cifoza dorsală);
=> lombară - cu convexitatea înainte(lordoza lombră);
=> sacrococcigiană - cu convexitatea înapoi.
în stări patologice pot să apară devieri de la normal ale acestor curburi, fie în sensul unei exagerări a curburii dorsale(cifoză), fie o exagerare a curburii lombare (lordoză), fie o deviere în plan frontal (scolioză). De obicei o deviere într-o anumită regiune este însoţită şi de modificări compensatoare în celelalte regiuni învecinate ale coloanei vertebrale.
Coloana vertebrală are un rol static important; ea susţine întreaga greutate a capului, trunchiului şi a membrelor superioare, pe care o transmite pelvisului şi membrelor inferioare. Curburile în plan sagital îi măresc foarte mult rezistenţa şi elasticitatea. Datorită lanţului articular realizat, coloana poate fi antrenată în mişcări variate şi ample, conferind corpului o mare mobilitate, în plus, coloana vertebrală oferă o protecţie eficientă măduvei spinării, conţinută în canalul vertebral.
^^1^'



Regiuni/e topografice a/e capului şi gâtului (văzute postero-lateral)
1. Reg frontală 2. Regiunile parietale. 3. Reg occipitală (1 2. 3. Reg. fronto-paneto-occipitală) 4. Reg temporală 5. Reg. cefei. 6. Reg. sternocleido-mastoidiană. 7. Reg. laterală a gâtului



Regiunile topografice parietale ale trunchiului şi regiunile umărului (vedere posterioră)
1. Reg. cefei. 2. Reg rahidiană toracică. 3 Reg. Rahidiană lombară. 4. Reg. sacrococcigiană. 5. Reg. glutenală 6 Reg. costoiliacă. 7. Reg. Costală. 8. Reg scapulară. 9 Reg. brahială posterioară 10. Reg brahială anterioară. 11. Reg. deltoidiană
Fig. 43(17)
Regiunile retrorahidiene
Reprezintă totalitatea părţilor moi situate înapoia coloanei vertebrale. Raportate la diferitele porţiuni ale coloanei, deosebim - de sus în jos - următoarele subdiviziuni: regiunile nuchală, toracică, lombară şi sacro-coccigiană.
l"

Regiunea cervicală posterioară (regio cervicalis posterior - regio nuchalis)
Este regiunea posterioare..a..jgâţuluj1_denumită şi regiunea cefej sau regiunea nuchală. Impară şhmediană, ea corespunde coloanei cervicale.
Limitele ei sunt următoarele:
=> superior- protuberanta occipitală externă şi liniile nuchale superioare;
=> inferior- linia orizontală convenţională ce uneşte cele două acromioane, trecând prin vârful procesului spinos al vertebrei C7;
=> lateral - în dreapta şi în stânga-marginile laterale ale muşchilor trapezi.
care corespund planului frontal ce trece prin procesele transverse ale vertebrelor cervicale.
Stratigrafie regiunea este alcătuită din:
a) Planul cutanat - are în partea superioară toate caracteristicile pielii păroase a capului, cu care se continuă: este groasă, păroasă şi aderentă de straturile profunde; este bogată în glande sebacee şi sudoripare. Pe măsură ce descindem, pielea devine mai subţire, mai mobilă şi pilozitatea scade.
b) Planul subcutanat - conţine elemente vasculo-nervoase- lipsite de importanţă; doar la limita superioară a regiunii ies din profunzime, de o parte şi de cealaltă a liniei mediane, ramurile posterioare ale perechii a doua de nervi spinali(nervul occipital mare al lui Amold).
c) Planul fascial - este reprezentat de fascia muşchiului trapez.
d) Planul profund - cel muscular, este format din mai multe straturi:
=> Primul este alcătuit din trapez, inserat pe linia nuchală superioară, pe protuberanta occipitală externă, precum şi pe toată lungimea ligamentului nuchal, până la procesul spinos al proeminentei (vertebra C7).
^> Stratul al doilea conţine patru muşchi suprapuşi în ordinea următoare: romboidul, mai profund dinţatul mic posterior şi superior, spleniusul, ridicătorul scapulei.
=> Stratul al treilea este format din trei muşchi longitudinali, care în sens medial-lateral sunt: semispinalul capului (complexul mare), longissimul capului (complexul mic), longissimul gâtului.
=> Stratul al patrulea cuprinde muşchii interspinoşi şi intertransversari, bine reprezentaţi în regiunea nuchală, precum şi cei patru
c rotatori ai capului (muşchii drepţi posteriori ai capului-mare şi mic, muşchii oblici ai capului - superior şi inferior).
Elementele vasculo-nervoase ale planului profund sunt următoarele:
=> artera occipitală (ramură a carotidei externe), ramuri din subclaviculară (artera cervicală profundă, artera transversă a gâtului);
=> vene tributare venelor occipitală, vertebrală şi subclaviculară; limfonoduri occipitale;
=> nervi reprezentaţi de ramurile posterioare ale celor opt nervi cervicali.

*. Regiunea retrorahidiană toracică
Continuarea în jos a precedentei, regiunea răspunde p_efetelui posterior al toracelui. Ea cuprinde părţile moi situate dorsal de coloana vertebrală şi are forma unui patrulater alungit vertical, situat între cele două regiuni costale.
Limitele ei sunt următoarele:
=> în sus - linia convenţională ce uneşte cele două acromioane, trecând prin vârful procesului spinos al vertebrei C7;
=> în jos - două linii oblice care merg de-a lungul coastelor XII;
=> lateral - în dreapta şi în stânga-verticalele care trec prin unghiurile costale posterioare.
Strat/grafia este reprezentată de:
a) Pielea - groasă, aderentă pe linia mediană prin tracturi fibroase, de procesele spinoase şi de ligamentul supraspinos; devine mai mobilă în părţile laterale.
b) Planul subcutanat - format din ţesut lax, infiltrat cu grăsime pe părţile laterale; conţine elemente vasculo-nervoase provenite din vasele intercostale şi din ramurile posterioare ale nervilor spinali.
c) Fascia superficială - este de fapt fascia de înveliş a muşchilor trapezi şi dorsali mari.
d) Planul profund muscular- este alcătuit din patru straturi, suprapuse astfel:
=> Primul strat este alcătuit din doi muşchi laţi: trapezul şi dorsalul mare.
=> Stratul al doilea conţine patru muşchi: romboidul, dinţatul mic posterior şi superior, spleniusul şi dinţatul mic posterior şi inferior.
=> Stratul al treilea este alcătuit din trei coloane musculare desprinse din masa comună lombară şi aparţinând extensorului coloanei vertebrale (musculus erector spinae); în sens latero-medial, acestea sunt reprezentate de porţiunea toracică a iliocostalului, longissimul toracic şi porţiunea toracică a spinalului.
=> Al patrulea strat conţine o multitudine de fascicule musculare scurte incluzând: porţiunea toracică a semispinalului, multifidul, rotatorii coloanei.
Vasele şi nervii planului profund provin din vasele intercostale şi respectiv din ramurile posterioare ale nervilor spinali toracici. Vasele limfatice sunt tributare limfonodurilorsubscapulare.
Regiunea retrorahidiană lomba_ră_
Situată în continuarea regiunii precedente, ea se găseşte înapoia abdomenului şi a coloanei lombare.
Limitele ei sunt următoarele:
=> în sus - liniile oblice care merg de-a lungul coastelor XII;
=> în jos - planul orizontal care trece între vertebra L5 şi baza sacrului;

=> lateral - de o parte şi de cealaltă-verticalele duse **prin marginea** laterală a muşchilor proprii ai coloanei vertebrale.
Stratigrafie se succed:
a) Pielea - aceleaşi caracteristici ca şi în regiunea toracică.
b) Planul subcutanat - format din ţesut conjunctiv lax, având o cantitate mai mare de grăsime decât în precedentele două regiuni.
c) Planul fascia - este reprezentat de fascia de înveliş a muşchiului
''.. dorsal mare.
.. d)Planul profund - constă din trei straturi:
' => Primul strat este cel musculo-fascial, constituit din fascia toraco-lombară şi de fasciculele inferioare ale dorsalului mare şi ale
: , , dinţatului mic posterior şi inferior.
=5 Stratul al doilea conţine masa musculară comună a extensorului coloanei. Latero-medial se pot distinge fasciculele celor trei
. : coloane musculare ce pornesc din această masă: iliocostalul, longissimul şi spinalul. Tot în acest strat se includ şi muşchii

interspino lombari şi intertransversari lombari.
=> Al treilea strat este aponevrotic, fiind reprezentat de foiţa mijlocie a aponevrozei posterioare a muşchiului transvers al abdomenului.

X * Regiunea sacrococcigiană

Denumită şi regiunea sacrată, ea cuprinde ansamblul planurilor anatomice care formează'peretele posterior al pelvisului.
Aspectul exterior al regiunii este aproape plan sau uşor convex în ,' partea supeFTdară~pentru ca în partea sa inferioară să se adâncească între cele două regiuni gluteale, pentru a forma îngustul şanţ intergluteal.
Limitele ei sunt următoarele:
==> în sus - planul orizontal ce trece prin discul dintre vertebra L5 şi baza sacrului;
=> In jos - vârful coccigelui;
=> lateral - de ambele părţi-liniile oblice în jos şi medial, care unesc spinele iliace postero superioare cu vârful coccigelui.
Stratigrafie prezintă:
a) Pielea - groasă şi rezistentă, mobilă în partea superioară, devine .. '..'., mai puţin mobilă la nivelul şanţului intergluteal.
b) Planul subcutanat - relativ gros în porţiunea sacrată a regiunii, se reduce mult în partea inferioară, în special în şanţul intergluteal.
c) Planul musculo-aponevrotic superficial - este constituit în primul rând de fascia toracolombară inserată pe creasta sacrată mediană; pe marginea sa infero-laterală se insera fascicule ale muşchiului gluteu mare (ca şi pe părţile laterale ale sacrului şi coccigelui).
d) Planul osteo-articular - este alcătuit din sacru şi coccige; apoi articulaţia sacro-coccigiană mediană şi articulaţiile sacroiliace, precum şi inserţiile supero-mediale ale celor două perechi de ligamente sacroischiatice.

e) Planul muscular profund - este reprezentat de cei doi muşchi piriformi. Elementele vasculo-nervoase ale acestui plan sunt: artera sacrală medie; arterele sacrate laterale; venele comitante ale arterelor; vase limfatice; ramurile anterioare ale nervilor sacraţi care converg spre orificiul ischiadic mare, pe faţa anterioară a muşchiului pinforrn; ele constituie plexul sacrat; la nivelul vârfului coccigelui se găseşte glomul coccigian (glanda Luschka).

f) Planul fascial profund - este reprezentat de fascia pelviană parietală.

A2) Masajul cefei

în masajul la ceafă sunt interesate: pielea, musculatura, partea inferioară a fasciei, şi natural, vasele sangvine şi limfatice. Masajul la ceafă se face întotdeauna de sus în jos. Muşchii care se masează sunt: partea superioară *a* muşchiului trapez, muşchii mici dintre craniu şi coloana vertebrală şi muşchii coloanei cervicale.

=. Se începe cu netezirea de la dosul urechii în jos, pe mijlocul cefei, apoi în părţile laterale ale cefei. Aceasta se face cu palma, cu degetul mare şi arătător, dosul falangelor şi cu articulaţiile interfalangiene (pieptănând).

=• Frământatul se face sub formă de stoarcere, cu degetul mare. arătător şi mediu perpendicular pe direcţia fibrelor musculare, prinzând musculatura între rădăcina mâinii şi celelalte patru degete. Când se întâlnesc induraţii se fac mişcări sub formă de geluire sau sub forma frământatului între două degete.

=> Se fixează capul cu o mână şi se face masaj prin fricţiune cu cealaltă, masând cu două degete cât se poate de adânc articulaţia atlanto-occipitală şi în părţile laterale ale acestei articulaţii.

= Vibraţia se execută fin, din coate, şi se asociază la netezire şi, câteodată, la petrisaj. Se practică în inflamaţiile din jurul inserţiilor tendoanelor la craniu.

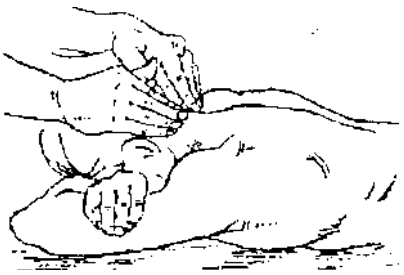
----> Baterea nu se face la persoane debile. Când musculatura pacientului este bine dezvoltată, atunci se poate executa, nu prea tare, cu dunga mâinii.

=. La ceafă se mai poate face un masaj combinat. Cu o mână se frământă partea superioară a cefei şi .concomitent se netezeşte, cu cealaltă mână, partea sa inferioară.

O,

V.

Y /'
N T)'
C -



Flg. 44 (3,4,6,7)

Masajul cefei decongestionează creierul de aceea este indicat în o estn cerebrale De cele mai multe ori însă. masajul cefei este '«comandat in afecţiunile reumatice şi în nevralgiile muşchilor cefei, unde

- va acţiona în special asupra induraţiilor dureroase ale muşchilor.

Masajul se încheie cu mişcări active şi pasive de flexie, extensie, lateralitate şi rotaţie.

B1) Toracele (thorax) - noţiuni de *anatomie topografică*

Toracele costituie porţiunea superioară a trunchiului. El conţine cavitatea toracică în care sunt situate cea mai mare parte a organelor amaratului respirator, o parte a tubului digestiv, organul central al aparatului circulator şi vasele mari din imediata sa apropiere, noduri limfatice, marile colectoare limfatice şi nervi importanţi.

Aşa cum este el considerat în clinică, toracele are forma unui trunchi de con răsturnat, cu baza mare în sus şi turtit antero-posterior. în anatomia topografică însă: în definirea toracelui se face abstracţie de rădăcinile membrelor superioare(umeri). Astfel considerat, toracele are tot forma unui trunchi ae con uşor turtit antero-posterior, dar de data aceasta cu baza mare in jos şi cea mică răspunzând părţii inferioare a gâtului (fig. 45).

/_ vr y —v *j* .^ \&

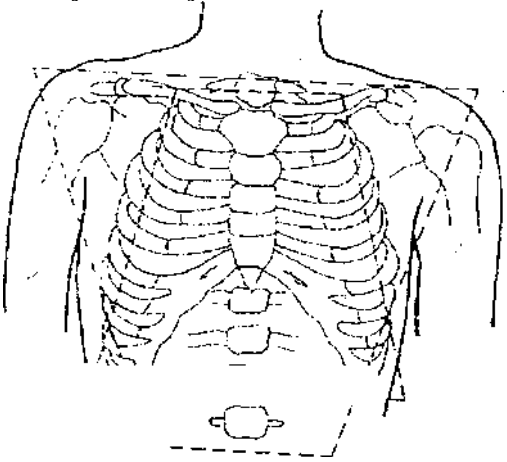
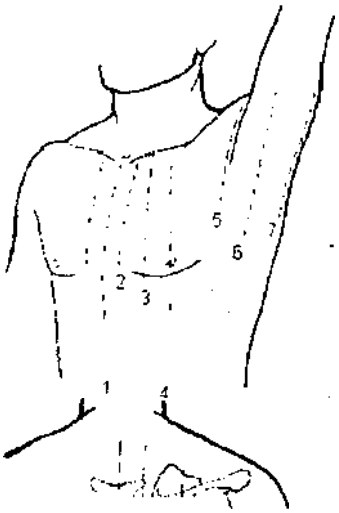


Fig. 45(1,17)

Limite: cavitatea toracică este limitată în sus de un plan oblic, care trecn prin apofiza spinoasă C7 şi prin marginea superioară a sternului, iar în jos oste separată de cavitatea abdominală prin diafragmă, căreia, în exterior, îi corespunde anterior apendicele xifoid, posterior apofiza spinoasă T12. Ueci, toracele anterior este mai scurt, corespunzând lungimii sternului, iar posterior este mai lung, corespunzând coloanei dorsale, de la T1 la T12. In anatomia topografică se folosesc la torace o serie de linii con-venţionale de orientare.

jfc



y& '1
l^*A.* ;

$\i//

"*• V. x //

L[i]rv;fe cort-/~~: ;,-;a/e *antero-laterale de orientare la torace.* *Liniile convenţionale posterioare de orientare la torace.*

'. Lnia «nec :=:îrna!ă 2. Linia parasternală 3 Linia 1 Linia mediană posterioară. 2 Linia ^ed :e!a, :. srâ 4. Linia mamelonară 5. Linia paravertebrală. 3. Linia scapulară 2JX.U3T3 arte' isră 6. Linia axială mijlocie 7. Linia axilară posterioară

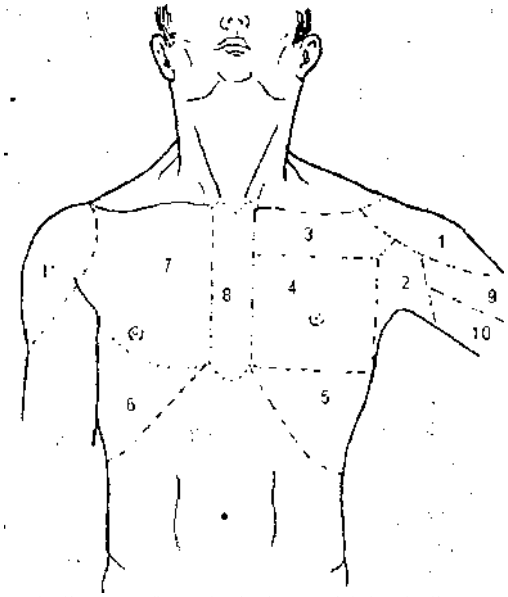
**TM

portantei 3
prapusâ re
Regiunea sternală
F/g. 46 f/ *7)*

sternală
toracică' Dato ntă
ţ/mitele sunt următoarele
sus - mcizura jugulară
este

ae;
jos - baza procesului xifoid
btratigrafia prezintă-
me
b) Planul subcu ana oun T f, 9 ande sudori P are §' sebacee.
stratul fascia
drept abdominal.
-
''' P3rtea inferioară

superioara a tecii muşchiului
66



Regiunile topografice parietale ale toracelui şi regiunile umărului (vedere anterioară)
1 şi 1'. Regiunile deltoidiene. 2. Reg. axiară. 3. Reg subclaviculară. 4. Reg. mamară.
5. Reg. costală. 6. Cadranul antero-inferior al reg. costale. 7. Cadranul antero-superior al reg. costale. 8. Reg. sternală. 9 Reg. brahială anterioară 10. Reg. brahială posterioară.

Fig.47(17)

d) Planul muscular superficial - este constituit de inserţiile sternale ale muşchilor: stemocleidomastoidieni la nivelul manubriului, al pectoralilor mari pe părţile laterale ale corpului sternal, drepţilor abdominali la nivelul procesului xif.oid.

e) Planul osteo-articular - este alcătuit din stern şi articulaţiile lui cu claviculele şi cu cartilajele costale.

f) Planul muscular profund - este format în principal din muşchiul transvers al toracelui(triunghiularul sternului).La acest plan mai participă şi: inserţiile diafragmei pe corpul sternului şi pe procesul xifoid, ale sterno-hioidienilor şi sternotiroidienilor pe faţa posterioară a manubriului, inserţiile muşchiului drept abdominal pe procesul xifoid şi pe cartilajele costale V-VII.

• Regiunea costală

Regiune pereche,este cea mai întinsă regiune parietală toracică. Ocupând spaţiul dintre stern şi coloană,cele două regiuni iau parte la alcătuirea pereţilor anterior.laterali şi posterior ai cavităţii toracice. Regiunii i se suprapun supero-lateral umărul,iar anterior regiunea mamară.

Limitele sunt:
=> anterior- marginea laterală *a* sternului;
=> posterior- marginea laterală a musculaturii profunde ce ocupă şanţurile vertebrale;
=> în sus - prima coastă;
=> în jos - linia oblică în jos şi înapoi ce trece prin arcul costal, vârful coastelor XI şi XII,şi apoi marginea inferioară a coastei a Xll-a.
Limita profundă este reprezentată de pleura parietală.
Stratigrafia cuprinde:
a) Pielea - mai subţire în porţiunea antero-laterală, mai groasă posterior; este mobilă pe planurile subiacente.
b) Planul subcutanat - conţine numeroase elemente vasculo-nervoase superficiale, d livre care o importanţă reală o au venele. Acestea se anastomozează realizând o vasta reţea; reţeaua participă la realizarea anastomozelor cavo-cave şi porto-cave, reprezentând o importantă cale de derivaţie a sângelui venos, în cazul unor obstrucţii pe marile vene din abdomen.
c) Planul fascial superficial - rezultat prin fuzionarea fasciilor musculare, este subţire antero-lateral.dar devine mai gros în partea posterioară.
d) Planul muscular superficial - este reprezentat astfel:
=> în partea anterioară-pectoralul mare cu cele trei fascicule ale sale (clavicular, stemocostal, abdominal), muşchiul subclavicular, pectoralul mic, dreptul abdominal.
=> în partea posterioară găsim; superior-fasciculele orizontal şi ascendent ale trapezului; inferior-dorsalul mare; profund de aceştia, întâlnim porţiunea laterală a romboidului, apoi cei doi dinţaţi mici posteriori.
=> în partea laterală se află: scalenul posterior, oblicul extern al abdomenului, dinţatul anterior.
Dintre elementele vasculo-nervoase mai importante ale acestui plan se numără: artera toracică laterală(ramură a axilarei), nervii toracic lung şi toracodorsal (din plexul brahial), ramurile cutanate laterale şi anterioare din vasele şi nervii intercostali.
e) Planul osteo-muscular-constituie peretele toracic propriu-zis. El este alcătuit din coaste, cu porţiunile lor osoase şi t:artilaginoase delimitând între ele spaţiile intercostale, în care se dispun muşchii intercostali (externi, interni). Spaţiile intercostale sunt parcurse de mănunchiurile vasculo-nervoase intercostale. Elementele acestora sunt aşezate în ordine - de sus în jos - vena, artera şi nervul.
f) Planul muscular profund - este reprezentat astfel: la limita posterioară a regiunii - muşchii subcostali, în partea anterioară inserţiile costale ale muşchiului transvers al toracelui şi inserţiile porţiunii costale a diafragmei.
g) Planul fascial profund - este format de fascia endotoracică.

B2) Masajul părţii anterioare a toracelui

Masajul acestei regiuni se deosebeşte, după cum se aplică, la bărbaţi sau la femei. Pe când la bărbaţi se pot aplica toate manipulaţiile de masaj, la femei trebuie să se ţină seama de regiunea mamară, care este sensibilă.
De obicei, masajul se aplică'pe pectoralul mare, pe dinţatul mare şi pe muşchii intercostali.
=» Netezirea pectoralului mare se face în direcţia fibrelor musculare, mergând de la apendicele stiloid în sus, spre mijlocul claviculei, apoi spre umăr şi în sfârşit, spre axilă.
=> După câteva neteziri, se va face frământatul, prinzând musculatura pectoralului mare între degetul mare şi celelalte degete. Pe partea superioară a toracelui se poate aplica şi manipulaţia de geluire.
=5 Fricţiunea se face în cazuri de aderenţe după fracturi costale. Se execută cu ajutorul degetului arătător, eventual cu cel mijlociu, aplicându-le în spaţiul intercostal respectiv şi făcând la început mişcări de netezire de-a lungul spaţiului, urmate de mişcări concentrice şi circulare de fricţiune, care deplasează în acelaşi timp şi tegumentul.
=5 Această manipulaţie se combină uneori cu vibraţia.
=> Baterea se face numai asupra muşchiului pectoral.

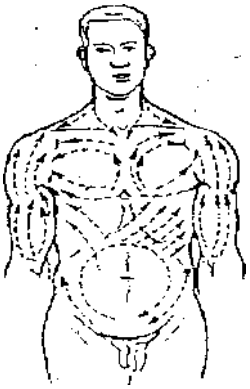


Fig. 48(6,7)

La sfârşit pentru dezvoltarea cutiei toracice se vor face exerciţii de respiraţie:

=> Bolnavul inspiră adânc, ridicând mâinile lateral, apoi expiră lăsând mâinile să revină la poziţia iniţială, de-a lungul corpului.

=> Bolnavul întinde mâinile înainte, flectează capul pe piept, apoi inspiră adânc, lăsând capul înapoi şi întinzând cât mai mult braţele lateral.

=> Bolnavul flectează capul pe piept, împreunează mâinile pe partea occipitală a capului şi apropie coatele. Va inspira adânc, ducând în acelaşi timp coatele în afară şi capul înapoi.

a» Bolnavul flectează- capul şi întinde mâinile de-a lungul corpului cu palmele întoarse în afară şi degetul mic înainte, în pronaţie maximă, în timpul unei inspiraţii profunde, cu braţele rămase lipite de corp, se execută rotaţia mâinii din pronaţie în supinaţie maximă, pornind de la partea anterioară a corpului la partea laterală.

B3) Masajul ***spatelui***

La această regiune se va ţine seama de următoarele grupuri musculare: muşchiul trapez, muşchiul dorsal mare, muşchiul romboid şi cel pătrat. Din punct de vedere practic împărţim regiunea în două părţi; cea a spatelui şi cea a regiunii lombo-sacrate şi regiunea iniţială a şoldurilor.

=> Masajul spatelui se face începând de la creasta iliacă în sus şi de la osul sacrat la regiunea cervicală. Bolnavul va fi culcat pe abdomen, cu braţele în abducţie orizontală. Cu ambele palme întinse, se face netezirea de jos în sus, spre regiunea cervicală, spre umeri, apoi spre axile. Netezirea se poate face şi dinafară spre înăuntru, având în vedere circulaţia profundă a acestei regiuni. După ce s-a repetat de câteva ori netezirea superficială a acestei regiuni se va face netezirea apăsată şi în formă de pieptene şi la urmă frământarea. Aceste procedeu se poate aplica în diferite feluri, cu dosul mâinii sau cu partea palmară a celor patru degete având în vedere musculatura puternică a acestei regiuni. Urmează geluirea, care se execută prin apăsarea celor patru degete asupra tegumentului, făcând mişcări de geluire. Se masează apoi ligamentele interspinoase, sub forma unei neteziri profunde (combinând netezirea cu frământarea). Acest procedeu se execută cu ambele degete mari de o parte şi de alta a apofizelor interspinoase sau în formă de geluire. Concomitent se face frământarea musculaturii spatelui, masaj important pentru redresarea deformaţiilor coloanei vertebrale. Baterea spatelui se face în mai multe feluri: cu palmele; cu partea cubitală a mâinii, degetele fiind ţinute ca pumnul; cu partea dorsală a falangelor; excepţional, la persoanele obeze, cu coatele.

=> Masajul spaţiilor intercostale este indicat în stadiul cronic al nevralgiilor şi nevritelor intercostale şi se face sub forma unei neteziri uşoare însoţite de vibraţie. Atunci când este atrofiată şi musculatura intercostală se va aplica frământarea executată cu cele trei degete ale mâinii, în formă de apăsare şi geluire. Fricţiunea se va face cu unul sau cu două degete, de obicei numai în cazurile de dureri musculare, spasme musculare, cicatrice. Vibraţia se aplică adeseori, combinată cu celelalte manipulaţii de masaj (netezire, frământare şi fricţiune).

=> Masajul regiunii lombo-sacrate şi al regiunii iniţiale a şoldurilor are în vedere muşchii din această regiune: dorsalul mare, pătratul lombar, oblicul mare şi oblicul mic, care se insera pe o aponevroză rezistentă. Deseori, durerile sunt localizate în inserţia costală şi iliacă a pătratului lombar. Frământare se face aici mai dur, sub formă de geluire cu baza mâinii: de

la coloana vertebrală la dreapta şi la stânga şi cu rădăcina mâinii dinspre partea laterală spre coloana vertebrală, căutând să se frământe muşchii oblici şi muşchiul pătrat. Fricţiunea se face de-a lungul crestei iliace prin mişcări laterale, verticale şi orizontale, eventual combinate cu vibraţii De asemenea, se fac fricţiuni de-a lungul coastei, înainte de a termina, se aplică baterea asupra regiunii lombare, bolnavul fiind întâi culcat pe abdomen, apoi în poziţie genu cubitală. Osul sacrat are pe partea posterioară o mulţime de ligamente şi tendoane, unde se localizează deseori noduli reumatici. De aceea se va acţiona asupra acestei regiuni palpând creasta iliacă şi fricţionând suprafaţa posterioară a sacrului, pe ambele margini până la coccis. Fricţiunea se Va face cu degetul mare, destul de puternic, având în vedere nodulii, pe care deseori îi putem palpa.

*> La articulaţia sacro-coccigiană şi intercoccigiană pot fi localizate dureri ' foarte intense, datorate luxaţiilor şi fracturilor, care pot fi influenţate prin masaj. Această regiune fiind uneori foarte sensibilă, trebuie să se încerce masajul cu o oarecare precauţie. După o netezire prealabilă, se face fricţiunea cu degetul mare sau cu două degete (index şi mediu). De asemenea, introducând degetul mâinii în rectul bolnavului, se va încerca mobilizarea cocigelui, făcând în acelaşi timp fricţiuni şi vibraţii exterioare. Şedinţa de masaj se încheie totdeauna cu netezirea regiunii.

în conjuncţie cu masajul spatelui şi al regiunii lombo-sacrate se va

utiliza o gimnastică menită să corecteze, în limita posibilă, deviaţiile coloanei vertebrale. La această gimnastică se va avea în vedere totdeauna convexitatea coloanei vertebrale, făcându-se mai multe mişcări care tind să îndrepte această convexitate şi să întărească în acelaşi timp musculatura şi ligamentele situate pe partea convexă a spatelui.
» în scopul redresării scoliozei se vor execută cu bolnavul mai multe mişcări, unele stând în picioare, altele şezând şi altele în poziţia culcat:
=> în picioare se va fixa mâna corespunzătoare convexităţii deasupra . , şoldului, în acelaşi timp, îndoind trunchiul de partea convexităţii, se vor .;.., face mişcări cu membrul superior opus, ridicându-l şi căutând să se ajungă cu degetele la urechea de partea corespunzătoare convexităţii.
=> în.poziţie şezândă se vor execută aceleaşi mişcări, întâi pe un plan frontal, apoi cu semirotaţia posterioară şi anterioară a trunchiului.
=> în poziţie culcată, laterală şi pe partea convexităţii, peste un rulou rezistent aşezat între şold şi torace, la marginea patului, se vor executa cu bolnavul, sprijinit de un ajutor, mişcări de înclinare, punând bolnavul , ' să respire în acelaşi timp, cât mai adânc, pentru a mări volumul hemitoracelui de partea opusă.
...'=» Bolnavul este aşezat pe o banchetă, culcat cu faţa în jos astfel ca bazinul să fie plasat pe marginea banchetei; trunchiul va fi sprijinit de un ajutor, în această poziţie bolnavul va fi ridicat şi aplecat. Mişcarea aceasta este rezervată doar pentru persoane tinere.

=> în poziţie culcată, pe o banchetă cu faţa în jos, astfel ca bazinul să fie plasat în acelaşi fel ca mai sus, pe marginea banchetei şi cu trunchiul sprijinit de un ajutor, se vor face cu bolnavul mişcări în direcţie orizontală, la dreapta şi la stânga, însă mai mult spre partea convexităţii.
=> Bolnavul stă culcat cu faţa în sus, bazinul fiind plasat pe marginea banchetei şi trunchiul fiind sprijinit de un ajutor; în această poziţie, se vor face cu bolnavul mişcări în direcţie orizontală, la dreapta şi la stânga, însă şi aici mai mult spre partea convexităţii; la aceste două mişcări din urmă este important ca bolnavul să facă respiraţii adânci, pentru a mări volumul toracelui de partea opusă.
> Pentru redresarea cifoscoliozei se recomandă următoarele exerciţii:
=> Bolnavul, culcat pe abdomen, cu mâinile întinse de-a lungul corpului, este invitat să ridice capul şi umerii, formând o curbură a coloanei vertebrale cu concavitatea spre spate.
=> Bolnavul, culcat pe abdomen, cu degetele împreunate la spate, având partea palmară în afară şi întinzând la maximum membrele superioare, sprijinit de maseur, este invitat să-şi ridice capul şi umerii, formând o curbură a coloanei vertebrale cu concavitatea spre spate.
=> Bolnavul, în picioare, ridică mâinile în sus, le întinde lateral şi în jos, lasă capul înapoi, împreunează mâinile la spate, întorcându-le cu palmele în afară şi apoi le întinde cu putere, ritmic.
Pentru redresarea lordozei trebuie urmărită întărirea musculaturii anterioare a coloanei vertebrale, în special în regiunea lombo-sacrată, precum şi musculatura abdomenului. Pentru acest scop se vor executa cu bolnavul următoarele exerciţii:
=> Bolnavul se aşează mai întâi pe spate, cu genunchii flectaţi, fixând gambele, apoi va fi invitat să-şi ridice trunchiul - prin această mişcare, se va întări, în primul rând, muşchiul psoas-iliac.
=> Bolnavul fiind plasat pe spate, cu picioarele întinse este invitat să ridice ambele membre inferioare întinse cât se poate de mult; dacă bolnavul nu poate execută uşor această mişcare, maseurul îi va sprijini membrele inferioare, pentru a-i uşura mişcarea prin promovare.
Ca şi metode specifice se aplică: Klapp, Cotrel, Wagner-Burger, Heckscher.
După aceasta, se vor execută toate mişcările indicate la masajul abdominal (vezi paragraful respectiv).

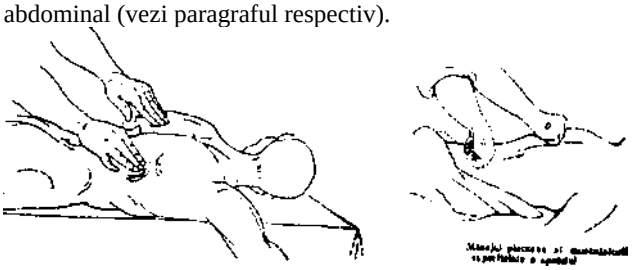
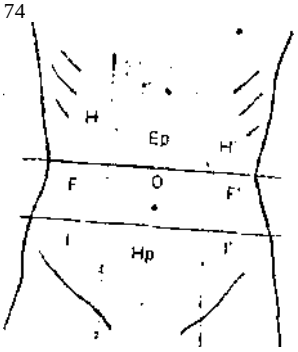


Fig. 49(3,4,6,7)

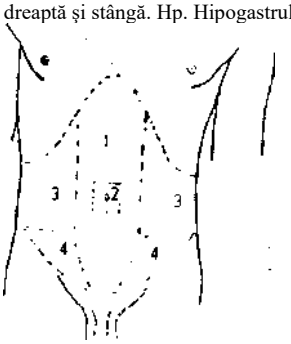
C1) Abdomenul (abdomen) - noţiuni de anatomie topografică

Abdomenul este partea trunchiului interpusă între torace şi pelvis, fiind situat înaintea porţiunii lombare a regiunii rahidiene. El conţine cavitatea abdominală în care se află cea mai mare parte a aparatului digestiv, o parte a aparatului urinar, precum şi importante vase sangvine, vase şi noduri limfatice şi nervi.
Limitele - la suprafaţă - sunt reprezentate de două linii circulare, neregulate, una superioară şi alta inferioară, care îl separă de celelalte două segmente ale trunchiului. Linia superioară porneşte de la baza procesului xifoid până la discul intervertebral T12-L1, trece prin arcul costal până la coasta X-a, vârful coastelor XI şi XII şi marginea inferioară a acesteia din urmă. Limita inferioară a abdomenului porneşte de la marginea superioară a simfizei pubiene, urcă de-a lungul plicei inghinale, urmează apoi creasta iliacă şi ajunge la orizontala care trece prin discul intervertebral L5-S1. Abdomenul-în raport cu limitele sale superficiale-este mai înalt în partea anterioară, unde se întinde de la procesul xifoid până la simfiza pubiană. De o parte şi de cealaltă, din cauza oblicităţii descendente a arcurilor costale şi a oblicităţii ascendente a plicelor inghinale, înălţimea sa se reduce treptat,

pentru ca în partea posterioară să ajungă la dimensiunile porţiunii lombare a coloanei vertebrale.
Din punct de vedere topografic, abdomenului i se descriu pereţii care formează regiunile parietale şi cavitatea abdominală cu conţinutul său.
Unele regiuni parietale abdominale sunt mediane: regiunea sterno-costo-pubiană cu dependinţa sa, regiunea ombilicală, în partea anterioară; porţiunile lombare a coloanei vertebrale şi a regiunii retrorahidiene, în partea posterioară. între regiunile mediane anterioare şi cele mediane posterioare se găsesc regiunile laterale perechi: cea costo-iliacă, regiunea inghinală şi cea lombo-iliacă.
în clinică se utilizează o diviziune clinico-topografică a pereţilor antero-laterali ai abdomenului. Această divizare se face cu ajutorul unor linii convenţionale (fig. 50). Dintre acestea, două sunt verticale, ridicate prin mijlocul plicelor inghinale, şi două orizontale: una superioară trece prin extremitatea anterioară a coastelor X; alta inferioară ce trece prin punctul cel mai înalt al crestelor iliace. Se obţin astfel trei etaje, fiecare cu câte trei cadrane.
a) în etajul superior:
=> epigastrul, în care se proiectează lobul stâng al ficatului, o parte a stomacului, duodenul şi pancreasul;
=> hipocondrul drept răspunde lobului drept al ficatului şi căilor biliare;
=> hipocondrul stâng corespunde unei porţiuni a stomacului şi splinei.
b) în etajul mijlociu:
=> zona ombilicală (mezogastru) - se proiectează ansele intestinului subţire şi colonul transvers;
=• flancul drept corespunde colonului ascendent;
=• flancul stâng răspunde colonului descendent.



împărţirea c/inico-topografică a peretelui abdominal anterior.
H, H'. Hopocondrul drept şi stâng
Ep. Epigastrul. F, F'. Flancul drept şi stâng
O. Zona ombilicală l, l'. Fosa iliacă dreaptă şi stângă. Hp. Hipogastrul



Regiunile topografice parietala ale abdomenului.
1. Reg. Sterno-costo-pibiană.
2. Reg. ombilicală.
3. Reg. Costo iliacă. •••
4. Reg inghinală
, ·a____ 4. Keg inghinală Fig. 50(17)

c) fn etajul inferior:
=> hipogastrul-în care se proiectează ansele ileale, colonul sigmoidian şi vezica urinară în stare de plenitudine,
=> fosa iliacă dreaptă răspunde cecului şi apendicelui vermicular;
=> fosa iliacă stângă răspunde primei porţiuni a colonului sigmoidian.

• Regiunea sterno-costo-pubiană

Este regiunea mediană a peretelui anterior al abdomenului. Ea răspundă muşchilor drepţi ai abdomenului şi tecilor lor.
Limitele sunt:
=> în sus - procesul xifoid şi arcurile costale;
=> în jos - *marginea* superioară a oaselor pubiene, cuprinsă între cei doi tuberculi pubieni;
=> lateral, de o parte şi de cealaltă - marginile laterale ale muşchilor drepţi, în profunzime, regiunea se întinde până la peritoneul parietal inclusiv.
Strat/grafia este următoarea:
a) Pielea - subţire, fină, suplă şi foarte mobilă, este prevăzută în partea inferioară cu păr, la ambele sexe.
b) Planul subcutanat - mai mult sau mai puţin bogată, în funcţie de starea de nutriţie şi de sex, se continuă cu cel al regiunilor învecinate. Dintre vasele conţinute în planul superficial, venele sunt mai importante; ele au numeroase anastomoze cu venele superficiale ale regiunilor învecinate, cu care formează o bogată reţea venoasă toraco-abdominalâ, care reprezintă un important teritoriu de anastomoză cavo-cav şi porto-cav.
c) Planul aponevrotic superficial - este reprezentat de lamele anterioare ale tecilor muşchilor drepţi ai abdomenului. Pe linia mediană, planul - aponevrotic constituie linia albă.

L____

, d) Planul muscular - este alcătuit din muşchii drepţi ai abdomenului, ei primesc ramuri din ultimii 5-6 nervi intercostali, precum şi din nervii iliohipogastric şi ilioinghinal. Teaca muşchiului drept mai conţine şi piramidalul, muşchi inconstant şi nefuncţional.
e) Planul aponevrotic profund - este format de lamele posterioare ale tecilor muşchilor drepţi. Cele două lame, anterioară şi posterioară, ale tecilor muşchilor drepţi abdominali, se unesc pe linia mediană, contribuind la formarea liniei albe.
f) Fascia transversalis - acoperă feţele posterioare ale tecilor, continuându-se şi în regiunile învecinate.
g) Planul preperitoneal - are la nivelul regiunii sterno-costo-pubiene, două componente, ţesutul celular preperitoneal şi fascia ombilicoprevezicală.
h) Planul peritoneal - este reprezentat de peritoneul parietal anterior.

- Regiunea ombilicală

Limite/e regiunii sunt:
=» superior şi inferior-două linii convenţionale duse la câte 2 cm deasupra şi respectiv dedesubtul ombilicului;
=> lateral, de o parte şi de cealaltă-marginile mediale ale celor doi muşchi drepţi ai abdomenului.
Sarcina, ascita şi herniile ombilicale modifică, mai mult sau mai puţin, aspectul normal al regiunii.
Stratigrafia constă din:
a) Pielea - fină şi subţire, este aderentă la nivelul şanţului şi cicatricei ombilicale.
b) Planul subcutanat - conţine elemente venoase ale reţelei subcutanate abdominale, în regiunea ombilicală se realizează comunicări ale acestor vene cu porta, prin venele paraombilicaie. în hipertensiunea portală, aceste anastomoze se dilată şi formează un desen caracteristic, ca nişte raze ce pleacă de la ombilic, cunoscut sub numele de "cap de meduză".
c) Planul aponevrotic - este reprezentat de linia albă, care prezintă un orificiu-inelul ombilical.
d) Planul preperitoneal - alcătuit de ţesutul celular preperitoneal, se reduce foarte mult la nivelul inelului ombilical.
e) Peritoneul parietal - reprezintă ultimul plan; prezintă de multe ori o depresiune în dreptul inelului ombilical.

- Regiunea costo-iliacă

Limitele regiunii sunt:
=> în sus - arcul costal şi marginea inferioară a coastei XII;
=> în jos - orizontala care unește cele două spine iliace antero superioare, continuată înapoi cu creasta iliacă;
=> înainte - marginea laterală a muşchiului drept al abdomenului;
=> înapoi - marginea laterală a muşchilor proprii ai coloanei vertebrale (erectorul coloanei).

Din considerente clinice şi topografice, regiunea costo-iliacă se subîmparte, prin linia medio-axilară.în două porţiuni: regiunea antero-laterală şi regiunea postero-laterală ale peretelui abdominal.

* Regiunea antero-laterală a peretelui abdominal

Denumită şi regiune costo-iliacă anterioară, are următoarea *stratigrafie:*

a) Pielea - subţire şi fină, este mobilă pe planurile subiacente.

b) Planul subcutanat-conţine un strat variabil de ţesut adipos, ce se continuă şi în regiunile învecinate. Reţeaua venoasă superficială reprezintă un important teritoriu de anastomoză cavo-cavă şi porto-cavă. în caz de obstrucţie pe vena portă sau pe cava inferioară, venele devin puternic turgescente şi vizibile prin tegumente. Nervii sunt ramuri perforante laterale ale ultimilor 5 nervi intercostali şi ale subcostalului, precum şi ramuri din iliohipogastric şi ilioinghinal.

c) Planul fascial superficial - este reprezentat de fascia subţire ce acoperă muşchiul oblic extern, care se continuă şi în regiunile învecinate.

d) Planul profund - este constituit din mai multe planuri.

=> Stratul musculo-aponevrotic este format din muşchii laţi ai abdomenului. Stratul conţine trei lame musculo-aponevrotice, care se suprapun dinspre suprafaţă spre profunzime astfel: oblicul extern, oblicul intern şi muşchiul transvers abdominal.

=> Stratul fascial profund este alcătuit de către fascia transversalis, care se continuă şi în regiunile învecinate.

=> Stratul ţesutului celular extraperitoneal (fascia extraperitoneală) este slab reprezentat.

=> Peritoneul parietal alcătuieşte ultimul strat al planului profund.

* Regiunea postero-laterală a peretelui abdominal

[regio lumbalis (lombaris)]

Este de fapt regiunea costo-iliacă posterioară, pe care Nomina Anatomica o denumeşte regiunea lombară, în ce priveşte ultima denumire, atragem atenţia posibilităţii creării unor confuzii cu porţiunea lombară a regiunii retrorahidiene sau cu regiunea lombo-iliacă.

Stratigrafie se succed:

a) Pielea - este mai groasă, dar mobilă şi suplă.

b) Planul subcutanat - este un ţesut conjunctiv lax infiltrat cu o cantitate variabilă de grăsime;la nivelul crestei iliace planul aderă de os.

c) Planul fascial - este reprezentat de o lamă formată din fasciile de înveliş ale muşchilor oblic extern şi dorsal mare; ea se continuă şi în regiunile învecinate.

d) Planul profund-constă din mai multe straturi.

=> Stratul musculo-fascial superficial este format de porţiunea laterală a fasciei toracolombare, de pe care pornesc fascicule ale muşchiului dorsal mare

=s Stratul musculo-aponevrotic mijlociu este alcătuit din: fasciculele posterioare ale oblicului intern şi aponevroza sa posterioară; în partea superioară - ultimele fascicule ale dinţatului posterior şi inferior.

=> Stratul aponevrotic-reprezentat de lama mijlocie a aponevrozei posterioare a muşchiului transvers al abdomenului, se continuă în regiunea retrorahidiană lombară.

=> Stratul muscular al pătratului lombelor - este întins între coasta Xll-a şi creasta iliacă.

=> Stratul fascial profund este format de lama anterioară a aponevrozei posterioare a muşchiului transvers(fascia pătratului lombelor), care se termină la baza proceselor costale.

e) Planul premuscular - constă din două straturi: fascia transversalis şi

stratul retroperitoneal (alcătuit din ţesut celulo-adipos, bine dezvoltat în special în dreptul rinichiului).

f) Peritoneul parietal-ultimul strat al regiunii; la nivelul colonului ascendent (în dreapta) şi a celui descendent(în stânga), peritoneul este înlocuit de fascia de coalescenţă retrocolică.

Regiunea inghinală

Este o regiune pereche antero-inferioară a peretelui abdominal;este situată sub regiunea costo-iliacă anterioară şi deasupra regiunii anterioare a coapsei.

Limitele sunt:

=> superior - orizontala ce uneşte spinele iliace anterosuperioare;

=> infero-lateral - plică inghinală;

=> medial - marginea laterală a muşchiului drept al abdomenului;

Regiunea are deci o formă triunghiulară.

Stratigrafia este aceeaşi cu cea a regiunii costo-iliace anterioare, diferenţele datorându-se traiectului printre straturile planului profund, a funiculului spermatic la bărbat, *a* ligamentului rotund al uterului la femeie.

• Regiunea lombo-iliacă

Este o regiune profundă, pereche, situată la nivelul peretelui posterior al abdomenului, de o parte şi de cealaltă a coloanei lombare.

L/m/fe/esunt:

=> superior - ligamentul arcuat medial, care o separă de regiunea diafragmatică;

=> inferior - planul convenţional care trece prin plică inghinală şi marginea anterioară a coxalului, separând-o de planurile profunde ale regiunii anterioare a coapsei;

=> medial - faţa laterală a coloanei lombare şi apoi linia terminală a coxalului, care o delimitează de regiunea rahidiană şi respectiv de pelvis;

=> lateral - marginea laterală a muşchiului psoas mare, continuată apoi cu creasta iliacă, ce o separă de regiunea costo-iliacă posterioară.

Stratigrafie cuprinde următoarele planuri(dinapoi-înainte):
a) Planul muscular - cuprinde muşchii iliopsoas şi micul psoas.
b) Planul fascial - este reprezentat de fascia iliacă, fuzionată cu fascia transversalis. Fascia iliacă împreună cu coloana lombară şi cu fosa iliacă, delimitează loja muşchiului iliopsoas, care se continuă la coapsă pe sub ligamentul inghinal până la inserţia acestui muşchi.
c) Planul retroperitoneal (fascia extraperitoneală) - este o lamă de ţesut celular, relativ subţire în porţiunea superioară a regiunii, dar care devine mult mai groasă şi bogată în grăsime în partea inferioară.
d) Peritoneul parietal - este planul ultim al regiunii; în fosa iliacă stângă el este înlocuit cu fascia de coalescenţă retrocolică (Toldt), care separă fascia iliacă de faţa posterioară a ansei iliace a colonului sigmoidian.

C2) Masajul abdomenului

Metodele de masare a abdomenului sunt foarte variate. Masajul abdominal este indicat, pe de o parte, în congestii ale unor organe abdominale, în atonia gastrointestinală, în spasmele intestinale, iar pe de altă parte în atrofia musculaturii abdominale şi în ptoza organelor abdominale (tratate fiecare cu manipulaţii speciale). Deci, masajul abdomenului se adresează peretelui abdominal şi organelor abdominale.

• *Masajul peretelui abdominal*

Prin masajul peretelui abdominal se urmăreşte întărirea musculaturii şi influenţarea musculaturii organelor din interiorul abdomenului, în acest scop se vor face următoarele manipulaţii.

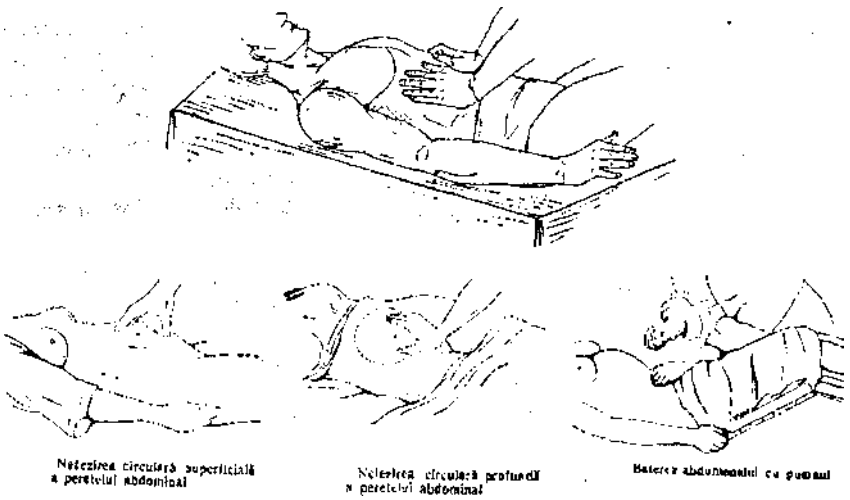
=> La început se face o netezire circulară superficială pentru a reduce sensibilitatea pacientului şi contractura muşchilor abdominali. Bolnavul stă culcat pe spate, pe un suport tare, cu coapsele şi genunchii în uşoară flexie, cu completa relaxare a musculaturii. Maseurul se aşează de partea dreaptă a pacientului şi aplică rădăcina mâinii sau policele între simfiză şi ombilic, iar cu degetele întinse face mişcări circulare în sensul acelor de ceas. Urmează o netezire circulară profundă, executată cu rădăcina şi cu palma mâinii, apăsând în profunzime. Se face apoi o netezire circulară profundă, aplicând palmele ambelor mâini în uşoară supinaţie de ambele părţi ale abdomenului (mâna stângă pe *pârlea* dreaptă a abdomenului iar mâna dreaptă îndreptată spre stânga bolnavului), mâna stângă alunecând în sus şi transversal, în direcţia colonului ascendent şi transversal, de-a lungul colonului descendent şi sigmoid, continuând apoi deasupra organelor bazinului.

'=> Frământarea transversală se face cu rădăcina şi cu palma mâinii dintr-o parte a abdomenului către cealaltă. Se aşează rădăcina mâinii pe partea dreaptă a abdomenului şi se împinge conţinutul abdominal spre partea stângă apoi se trage cu degetele în uşoară flexie, în sens invers. Aceeaşi manipulaţie se poate face şi în sens invers. A doua formă de frământare, cu efecte puternice asupra musculaturii abdominale, poate fi executată prinzând musculatura dreptului abdominal între degetul mare şi celelalte patru degete ale mâinii şi făcând apoi mişcări transversale asupra fibrelor dreptului în acelaşi sens şi mai ales în sens invers. La sfârşit se pot adăuga, în special la persoanele cu perete abdominal adipos, ciupituri profunde şi repezi ale masei adipoase.

Fricţiunea uşoară a peretelui abdominal se face parte cu degetele, parte cu rădăcina mâinii, în direcţia acelor de ceasornic. Acest procedeu acţionează mai mult asupra intestinului subţire.

Baterea se face în toate direcţiile şi în toate felurile: cu degetele relaxate, cu dosul degetelor, cu dosul falangei şi pentru influenţarea musculaturii organelor din interiorul abdomenului cu palmele întinse sau cu palma mâinii în concavitate.

Masajul se încheie cu mişcări fine de vibraţie executate cu faţa palmară a degetelor sau cu rădăcina mâinii, îndeosebi pe plexul solear hipogastric. între fiecare dintre manipulaţii se fac câteva mişcări de netezire.


Netezirea circulară superficială a peretelui abdominal
Netezirea circulară profundă a peretelui abdominal
Baterea abdomenului cu pumnii

F/g. *51 (3,4,6,7)*

Masajul organelor abdominale

înainte de a începe masajul organelor abdominale trebuie masat peretele abdominal în modul menţionat mai sus, netezind circular superior şi profund, frământând transversal, şi numai după aceea se trece la masajul propriu-zis al organelor abdominale, începând cu colonul. Indiferent de organul abdominal care va fi masat, trebuie să se întrebuinţeze ca masaj de introducere manipulaţiile menţionate. Tehnica propriu-zisă este prezentată la masajul organelor şi aparatelor.

Pentru întărirea musculaturii abdominale se vor execută cu bolnavul următoarele exerciţii de gimnastică:
=. bolnavul este solicitat să treacă din poziţie şezândă în poziţie culcată, fără sprijinul braţelor;
=> din poziţia culcată să treacă în poziţia şezândă printr-o mişcare de avânt a braţelor;
=> bolnavul este solicitat *să* execute acelaşi exerciţiu cu mâinile împreunate la ceafă;
=> din poziţie şezândă să treacă alternativ în decubit lateral drept şi stâng;
=t> va fi solicitat ca în decubit lateral să execute ridicarea şi coborârea înceată a membrelor inferioare şi mişcări de ciclism;
=> bolnavul, în poziţie şezândă, va ridica simultan membrele inferioare şi va înclina trunchiul, cu tendinţa ca degetele mâinilor să atingă degetele picioarelor.

6.1.1.5.3. Masajul extremităţii inferioare

Membrul inferior (mambrum inferius) (1,17)

Sub aspect funcţional centura şi membrul propriu-zis alcătuiesc o unitate "sine qua non"; în cadrul acestei unităţi centura scapulară are un rol subordonat segmentului apendicular, căruia îi asigura de fapt legătura cu blocul toracic.

Membrele inferioare sau pelviene sunt segmentele corporale care se desprind din părţile infero-laterale ale trunchiului. Ele sunt adaptate în primul rând pentru staţiunea bipedă şi pentru locomoţie.

Limita care separă membrul inferior de trunchi este reprezentată de o linie circulară, care începe în partea anterioară de la tuberculul pubelui, se continuă prin plică inghinală, creasta iliacă şi şanţul intergluteal, până la vârful coccigelui; trece apoi prin şanţul genito-femural până la tuberculul pubian.

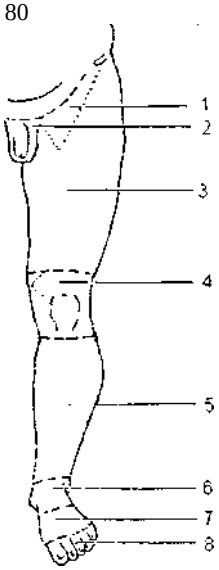
Din punct de vedere topografic, membrului inferior i se descriu şase segmente; regiunea gluteală, coapsa, genunchiul, gamba, gâtul piciorului şi piciorul.

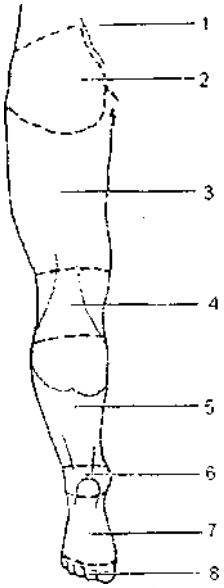
A1) Regiunea gluteală (regio glutealis)- noţiuni de anatomie topografică

Cunoscută şi sub numele de regiune fesieră, constituie segmentul supero-posterior al membrului inferior, prin care acesta se desprinde de pelvis. Muşchii puternici pe care regiunea îi cuprinde, servesc la locomoţie, ortostatism şi de asemenea la poziţia şezândă.

Regiunea fesieră este limitată în sus de creasta iliacă, în jos de plică fesieră.

Forma rotunjită este dată de muşchiul marele fesier, care are rolul de redresare a bazinului pe femur, pentru menţinerea staţiunii verticale. Pielea este suplă, cu multe glande sebacee, sub piele se găseşte un strat bogat în ţesut **adipos.**





Regiunile topografice ale membrului inferior stâng (vedere anterioară)
1. Triunghiul femural Scarpa. 2. Scrotul. 3. Reg. anterioară a coapsei 4. Reg. anterioară a genunchiului (regiunea patelarâ). 5. Regiunea anterioară a gambei. 6. Reg. anterioară a gâtului piciorului. 7. Reg dorsală a piciorului. 8 Reg. dorsală a degetelor

Regiunile topografice ale membrului inferior stâng (vedere posterioară)
1. Reg. sacro-cocciginală. 2. Reg. gluteală 3. Reg. posterioară a coapsei. 4. Reg. posterioară a genunchiului (regiunea popiitee). 5. Regiunea posterioară a gambei. 6. Reg. posterioară a gâtului piciorului. 7. Reg. plantară. 8. Reg plantară a degetelor

Fig. 52 (1

/l

Muşchii fesei sunt: muşchii fesieri (mare, mijlociu şi mic), piramida gemenii superior şi inferior, obturatorii intern şi extern, pătratul crural profunzime, sub aceşti muşchi se află un ţesut celulo-adipos, care comur cu bazinul prin marea scobitură sciatică şi cu groapa ischiorectală prin rr scobitură sciatică. Prin acest ţesut trec vasele şi trunchiurile nervoas importante care ies din bazin: marele şi micul sciatic nervii ruşinoşi inte~ artera fesieră cu venele şi nervul ei, artera ischiatică.

Planul osteo-articular este reprezentat de o mare parte a feţei laters a coxalului (faţa gluteală, spina ischiadică, tuberozitatea ischiadtcă şi mar- scobitură ischiadică), de marele trohanter şi de faţa posterioară a colului fer ral, precum şi de faţa posterioară a articulaţiilor sacroiliacă şi coxofemure;

A2) Masajul articulaţiei coxo-femurale

Masajul acestei regiuni este mai dificil, din cauza musculaturii mas care acoperă această articulaţie şi care nu permite decât acces limita* capsula articulară. Singurele două puncte de acces sunt:

j
n
'A
za
se
"i,
e
ea
u-
/e
la

=> la inserţia croitoruJui, unde se pătrunde pe partea lui internă, prin apăsa şi vibraţie;
=> între trohanterşi tuberozitatea ischiatică, unde se pătrunde fixând genunchi bolnavului în flexie şi articulaţia coxo-femurală în uşoară abducţie (preferai din decubit ventral) , executând mişcări de vibraţie, eventual de batere.
Masajul se termină cu mişcări pasive şi active de flexie, extensie, abducţie, adducţie, circumducţie şi rotaţie, cărora le revine o importanţă mai mare decât masajul acestei regiuni. Dintre toate aceste mişcări, cea mai importantă este mişcarea de abducţie, deoarece în procesele patologice este prima interesată, ducând de timpuriu la fixaţia parţială a articulaţiei.

'• ,\u

\ /

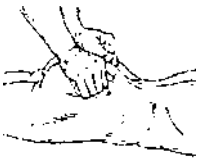


Fig. 53(6,7)

B1) Coapsa (femur/regio femoralis) - noţiuni de anatomie topografică

Este segmentul cuprins între regiunea gluteală şi peretele abdominal anterior-pe de o parte, respectiv genunchi-pe de alta. Coapsa are forma unui trunchi de con cu baza în sus.
Topografic sesubdivide în două regiuni, una anterioară şi alta posterioară. Separaţia lor o face un plan aproximativ frontal care trece: lateral - prin verticala ce uneşte trohanterul mare cu epicondilul femural lateral; medial - prin verticala ce uneşte tuberculul pubelui cu epicondilul femural medial.

- Regiunea anterioară a coapsei (regio femoralis anterior)

La subiecţii musculoşi, ea prezintă trei reliefuri musculare, dispuse sub forma literei N. Relieful lateral, vertical, corespunde tensorului fasciei lata; cel medial, uşor oblic în jos şi în afară, este format de adductorul lung; relieful mijlociu, datorai croitorului, este oblic în jos şi medial. Ultimele două proeminenţe musculare împreună cu plică inghinală, delimitează triunghiul femural (Scarpa).
Stratigrafie regiunea cuprinde următoarele planuri:
a) Pielea - este mai groasă în partea laterală decât în cea medială, este foarte mobilă pe planurile subiacente şi prevăzută cu peri.
b) Planul subcutanat-este bine reprezentat la majoritatea indivizilor, dar mai ales la femei, fiind constituit din ţesut adipos, care, pe alocuri-mai ales medial-are o dispoziţie lamelară. El conţine numeroase elemente superficiale. Arterele sunt ramuri ale femuralei; iar, dintre vene, o importanţă cu totul aparte o are vena safenă mare ce primeşte ca afluent vena safenă accesorie, care o leagă de vena safenă mică. Trunchiurile colectoare limfatice mari însoţesc vena safenă mare. Nervii superficiali sunt reprezentaţi de: cutanatul femural lateral (în porţiunea laterală), 2-3 ramuri cutanate anterioare din nervul femural (pentru porţiunea mijlocie), ramura femurală a genitofemuralului (în porţiunea supero-medială) şi ramura cutanată a nervului obturator (pentru zona infero-medială). O importanţă practică mare au limfonodurile inghinale superficiale, situate în aria triunghiului femural.
C) Fascia lata - formează următorul plan, are o formă cilindrică, învelind întreaga coapsă. Porneşte de pe ligamentul inghinal şi de pe fascia j gluteală, iar în jos se continuă cu fascia genunchiului. La nivelul i triunghiului Scarpa, fascia lata prezintă numeroase orificii mici pentru trecerea vaselor limfatice(în această zonă ia numele de fascia cribroasă), precum şi un orificiu mare-fosa ovala-prin care trece arcul venei safene mari. Fascia lata trimite prelungiri care formează teci perimusculare pentru muşchii croitor, gracilis, tensor al fasciei lata, precum şi teaca vaselor femurale.

d) Planul profund - este alcătuit din trei straturi musculare, care conţin şi elemente vasculo-nervoase foarte importante.
=> Stratul muscular superficial este alcătuit din patru muşchi, care se succed în sens latero-medial: muşchiul tensor al fasciei lata, muşchiul croitor, muşchiul adductor lung şi muşchiul gracilis (dreptul intern).
=> Stratul muscular mijlociu conţine următorii muşchi tot în sens latero-medial: vastul lateral, dreptul femural, vastul medial - cei trei muşchi sunt capete de origine ale cvadricepsului. Alt muşchi este iliopsoasul, care coboară din abdomen ajungând la coapsă prin lacuna musculară. Urmează pectineul şi, mai medial aşezat, adductorul scurt; iar cel mai medial muşchi al acestui strat este adductorul mare.
=• Stratul muscular profund este reprezentat de doi muşchi: vastul intermediar şi obturatorul extern. Vastul intermediar, cel de al patrulea cap de origine al cvadricepsului, ia naştere pe faţa laterală a diafizei femurale şi se ataşează apoi tendonului terminal împreună cu celelalte trei fascicule.
Regiunea posterioară a coapsei (regio femoralis posterior)
Strat/grafia este următoarea
a) Pielea - ceva mai groasă decât în regiunea anterioară, mobilă şi prevăzută cu peri mai puţini şi scurţi.
b) Planul subcutanat - bogat în grăsime, se continuă proximal cu cel din regiunile gluteală şi perineală, iar distal cu cel din regiunea poplitee. Ca element superficial mai important menţionăm nervul cutanat femural posterior, ramură a plexului sacrat, care inervează pielea regiunii.
c) Planul fascial - este format de fascia lata.
d) Planul profund - este alcătuit din două straturi:
=> Stratul muscular superficial cuprinde trei muşchi, în partea laterală se află capul lung al bicepsului femural, iar medial semitendinosul; ambii coboară din regiunea gluteală, ajung distal, în regiunea

posterioară a genunchiului. Partea supero-laterală a regiunii este ocupată de porţiunea infero-laterală a gluteului mare.
=> Stratul muscular profund este reprezentat de doi muşchi: în partea laterală de capul scurt al bicepsului femural, iar în partea medială de semimembranosul, care, ca şi ceilalţi muşchi ischio-crurali, coboară din regiunea gluteală, şi distal ajunge în regiunea popiitee Elementul cel mai important al planului profund este nervul sciatic (ischiadic). în traiectul său prin regiune, dă ramuri motorii pentru cei trei muşchi ischio-crurali şi pentru adductorul mare.
B2) Masajul coapsei
Muşchii coapsei se împart, din punct de vedere al masajului, în următoarele grupuri:
=. muşchii extensori (cvadricepsul);
=> muşchii adductori;
=. partea internă a grupului flexor (semimembranos şi semitendenos);
=> partea externă a grupului flexor (bicepsul):
=. tensorul fasciei lata.
Se masează fiecare muşchi în parte, începând cu partea anterioară, bolnavul fiind culcat pe spate.
=> Grupul extensor se masează aplicând mâna dreaptă sub articulaţia genunchiului şi netezind cu palma în sus, trecând uşor peste rotulă, astfel ca policele să urmeze un drum de la marginea internă a rotulei în sus, de-a lungul marginii interne a adductorilor, cuprinzând cu celelalte degete marginea externă a grupului muscular şi întinzându-se la spina iliacă antero-superioară. în cazul acestei neteziri se pot face şi mişcări laterale şi în formă de spirală cu vârful degetelor. Frământatul se poate face cu toată forţa, sub toate formele, musculatura fiind puternică şi bine conturată. Urmează mângăluirea şi baterea.
=> Pentru masajul adductorilor se îndoaie puţin articulaţia genunchiului şi articulaţia coxo-femurală şi *se* netezeşte cu mâna, astfel ca policele să urmeze linia de la marginea internă a rotulei, de-a lungul marginii interne a cvadricepsului, iar celelalte degete cuprinzând partea internă a musculaturii coapsei să se întâlnească cu plică inghino-crurală.
=> Pentru masajul fasciei lata, bolnavul va fi aşezat pe partea sănătoasă şi se netezeşte cu palma şi cu rădăcina mâinii, apoi puternic cu dosul falangelor, sub formă de pieptene, de la genunchi până la creasta iliacă.
•l!

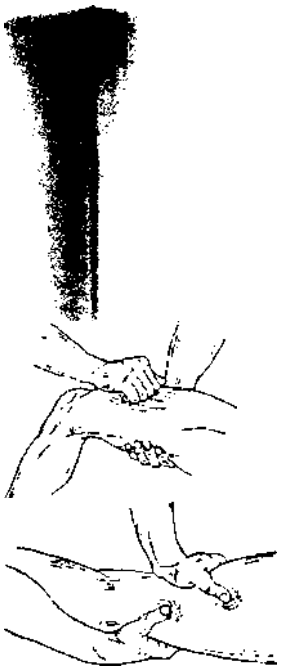


Fig. 54 (6,7)

Bolnavul se aşează apoi pe abdomen, pentru a fi accesibilă partea posterioară a coapsei.
_, Se masează întâi cu ambele palme şi cu degetele întinse întreaga parte posterioară începând de la fosa popiitee până la plică fesieră. Se netezeşte apoi cu policele jumătatea externă a părţii posterioare a coapsei, plecând din fosa popiitee, din mijlocul coapsei, de-a lungul nervului sciatic, iar cu celelalte degete spre marele trohanter, pe partea externă. Jumătatea internă a părţii posterioare va fi netezită astfel ca policele să urmeze mijlocul coapsei, iar celelalte degete, cuprinzând musculatura internă, să se întâlnească în partea inferioară a simfizei. Se face, apoi stoarcerea, celelalte manipulaţii de frământare şi toate varietăţile de batere.
e» La urmă se face masajul regiunii fesiere, bolnavul rămânând culcat pe abdomen. Maseurul se aşează de partea sănătoasă a bolnavului şi netezeşte cu mâna, plecând de sub trohanterul mare, astfel ca policele să urmeze marginea inferioară a marelui fesier spre coccis, iar celelalte degete, spre splina iliacă postero-superioară. Porneşte apoi din nou, de sub trohanter, cele patru degete alunecând de la marginea anterioară a marelui trohanter spre splina iliacă antero-superioară. Se aplică la sfârşit, cu toată puterea, toate sistemele de frământare şi de batere.
C1) Genunchiul (genu) - noţiuni de anatomie topografică
Regiune intermediară între coapsă şi gambă,cuprinde totalitatea părţilor moi situate în jurul articulaţiei genunchiului.
Limitele sunt:
=> proximal - linia circulară dusă la două degete deasupra rotulei;
=> distal - planul orizontal care trece prin tuberozitatea tibieiţdouă lăţimi de deget dedesubtul vârfului rotulei).
Topografic, genunchiul cuprinde două regiuni, una anterioară şi alta posterioară. Separaţia dintre cele două regiuni o face planul frontal care trece prin cei doi epicondili femurali.
Regiunea este dominată, ca importanţă clinică, de prezenţa articulaţiei genunchiului. Aceasta este cointeresată în numeroase afecţiuni, fiind foarte expusă, prin poziţia sa, la traumatisme, procese inflamatorii sau degenerative. Rolul său în locomoţie şi în ortostatism este foarte mare; anchiloza articulaţiei reduce mult locomoţia.
• Regiunea anterioară a genunchiului (regio genus anterior)
Este cunoscută şi sub numele de regiune patelară sau rotuliană.
Regiunea rotuliană prezintă un relief triunghiular corespunzător rotulei, deasupra căreia se remarcă relieful extremităţii distale a cvadricepsului, iar dedesubt, relieful aplatizat al ligamentului rotulian, care se insera pe tuberozitatea anterioară a tibiei. De o parte şi de alta a rotulei se găsesc două depresiuni ce corespund fundurilor de sac laterale ale sinovialei.
Stratigrafie se succed următoarele planuri:

a) Pielea - mai subţire pe părţile laterale, mobilă, rezistentă şi lipsită de păr în regiunea centrală'
b) Planul subcutanat - este slab dezvoltat, în el se găseşte bursa seroasă subcutanată prerotuliană. Elementele vasculo-nervoase sunt de calibru redus, cu excepţia ramurii infrarotuliene a nervului safen, care inervează pielea regiunii.
c) Fascia de înveliş - se continuă pe de o parte cu fascia lata, şi pe de alta cu fascia crurală.
d) Planul profund - musculo-aponevrotic - este reprezentat: în partea superioară de porţiunea distală a cvadricepsului, mai jos de expansiunea cvadncipitală, iar infero-medial de complexul tendinos al piciorului gâştei. Piciorul gâştei este alcătuit din două planuri tendinoase: cel superficial este format de croitor, iar cel profund de gracilis şi semitendinos; se insera pe tibie imediat dedesubtul condilului medial.

- Regiunea posterioară a genunchiului (regio genus posterior)

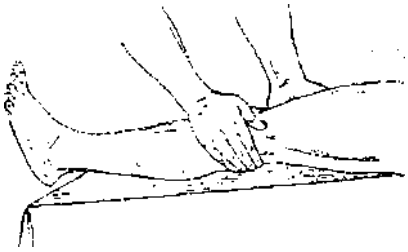
Se numeşte şi regiunea poplitee. Forma diferă astfel:
----- dacă gamba este în extensie, regiunea este convexă, prezentând în axul său longitudinal un relief alungit vertical (poziţia operatorie);
=- cu gamba flectată, ea se transformă într-o excavaţie profundă, delimitată de reliefuri musculare şi tendinoase(poziţia de explorare clinică).
Stratigrafie se prezintă în modul următor:
aj Pielea - este fină,mobilă,prezintă câteva plice de flexiune.
b) Planul subcutanat - conţine un ţesut celulo-adipos,continuat la coarjsă respectiv la gambă.Importantă este vena safena mare,care urcă pe partea medială a regiunii; alături de ea coboară nervul safen.
c) Fascia genunchiului - este aderentă la tendoanele muşchilor subiacenţi,care îi trimit fibre de întărire.
d) Planul profund - este reprezentat de fosa poplitees. Aceasta este o excavaţie având forma unui romb, cu axul lung vertical. Ea are şase pereţi: peretele superficial (posterior), peretele supero-lateral, peretele supero-medial, peretele infero-medial, peretele infero-lateral, peretele profund (anîerior). Nervul sciatic, coborât din regiunea posterioară a coapsei, ajunge la unghiul superior al fosei poplitee, unde se bifurcă în ramurile sale terminale: sciatic-popliteu extern (nervul peronier comun) şi sciatic-popliteu intern (nervul tibial). Tot în fosa poplitee se mai află artera poplitee şi ramurile ei, vena poplitee şi nodurile limfatice poplitee profunde.

C2) Masajul articulaţiei genunchiului

La masajul articulaţiei genunchiului maseurul se va orienta asupra capsulei articulare care uneşte cele trei oase: femurul, tibia şi rotula.
Se începe cu masajul de introducere, ţinând genunchiul bolnavului în flexie şi netezind de la articulaţia genunchiului în sus, spre muşchiul cvadriceps, care în afecţiunile articulare ale genunchiului prezintă aproape întotdeauna

f

o atrofie pronunţată. Se trece la fricţiunea care se face cu două degete (la persoane adipoase) sau cu un deget (degetul mare sau arătătorul), făcând mişcări de fricţiune, în sus, în jos, lateral sau circular, în felul următor, se aplică policele pe ambele margini ale sacului capsular în partea superioară, cuprinzând cu celelalte degete fosa poplitee. Se îndreaptă apoi în jos, pe ambele margini ale rotulei, până la linia interarticulară şi se deviază lateral spre fosa poplitee, întorcându-se pe acelaşi drum până la rotula şi în jos până la tuberozitatea tibiei, în partea interioară se face fricţiune mai mult în sens orizontal. Urmează masajul părţii posterioare, genunchiul fiind flectat pentru a pătrunde cu degetul mediu şi index lângă tendoanele muşchilor flexori în profunzime şi fricţionând orizontal, vertical şi circular.
Masajul se încheie cu netezire şi cu mişcări pasive şi active de flexie şi de extensie, precum şi cu mişcări pasive de rotaţie limitate.



F/g. *55(16,7)*

D1) Gamba (crus) - noţiuni de anatomie topografică

Cuprinsă între genunchi şi gâtul piciorului, gamba are **următoarele** limite:

=> proximal - planul orizontal dus prin tuberozitatea tibiei,

=> distal - planul transversal care trece prin baza celor două maleole.

Gamba prezintă două regiuni topografice-una anterioară alta posterioară, separate între ele printr-un plan frontal, care trece medial prin marginea medială a tibiei, iar lateral prin linia convenţională care uneşte condilul tibial lateral cu marginea posterioară a maleolei laterale(linie ce corespunde marginii posterioare a fibulei).

- Regiunea anterioară a gambei (regio cruralis anterior)

Straîigrafia regiunii este:

a) Pielea - este subţire şi puţin mobilă; creasta tibiei este accesibilă pe toată întinderea ei şi poate fi explorată cu degetele.

b) Planul subcutanat - este alcătuit din ţesut celular nu prea bogat, elementele vasculo-nervoase superficiale sunt de calibru redus şi puţin importante.

c) Planul fascial - este reprezentat de fascia crurală. în partea sa proximală are un caracter aponevrotic, iar în partea distală prezintă o îngroşare transversală numită retinaculul superior al extensorilor.

"nai 2%
a J
d) Planul profund,-- este împărţit prin septul intermuscular an tenor, "n
două loji.
=> Loja medială cuprinde patru muşchi extensori care în s.,ccesLre
tibio-fibulară sunt: tibialul anterior, extensorul lung al îialuosui,
extensorul lung al degetelor, peronierul al treilea.
=> Loja laterală cuprinde cei doi muşchi peronieri, peronieiul Iun: şi
peronierul scurt.

- Regiunea posterioară a gambei (regio cruralis posterior)

Stratigrafie cuprinde următoarele planuri:

a) Pielea - are aceleaşi caractere ca în regiunea anterioară.
b) Planul subcutanat-constituit din ţesut celulo-adipos conţine ca elerrarte
vasculo-nervoase mai importante: vena şatena mare, vena sa'ena ncă.
vasele limfatice superficiale ce însoţesc venele safene, nerv.il *sa'-y,*
nervul cutanat suial medial, nervul sural.
c) Fascia crurală - este mai subţire decât în regiunea anterioara
în partea sa inferioară.
d) Planul profund-musculo-fascial - este alcătuit din două loji r
separate între ele de o lama fascială:
=> Stratul muscular superficial conţine muşchii triceps sural '
său format de gastrocnemian şi solear) şi plantar.
=> Statul fascial profund este reprezentat de lama profund
crurale, situată în plan frontal.
=> Stratul muscular profund este alcătuit din patru muşchi: :oplite.i.
f lexorul lung al degetelor, tibialul posterior şi flexorul lung al raluceu.
Planul profund conţine mănunchiul vasculo-nervos al regiunii ca
posterioare: artera tibială posterioară, artera peronieră, venele .v
ale acestor artere, nervul tibial, vasele limfatice profunde.

02) Masajul gambei

Grupul gambierului anterior este regiunea cu care se începe tiase. .1
gambei. {Bolnavul sade în faţa maseurului, care îi ţine călcâiul cu : mâ-.%
iar cealaltă mână o plasează sub maleola externă, aşa încât poicele -^
urmeze marginea anterioară a tibiei, iar celelalte degete să cuprindă ~argir,%
externă a gambei. Netezeşte de câteva ori de jos în sus, iar după aceea face *;*
netezire puternică cu partea dorsală a falangelor, sub formă de pepterv-
Netezirea se va face destul de energic, din cauza aponevrozei puteiice *<';*•
la acest nivel. Urmează frământatul executat cu două degete.
Grupul peronierilor se masează în felul următor: se palpează :reas'^
tibiei şi se plasează degetul mare în şanţul de lângă tibie, plecâ'd de ^
partea anterioară a maleolei externe către condilul extern al femur-ilui, *\ht*
celelalte degete în şanţul dintre peronier şi muşchii posteriori, de-î lungii
peroneului. Se face netezirea, apoi petrisajul cu două degete sau mânzaluirea
Partea externă a muşchilor posteriori se netezeşte cu o mână. ^ecâr/j
de la partea posterioară a maleolei externe în sus, cu degetul mă*; băg^t
adânc între peronier şi muşchii posteriori, iar celelalte degete poziţionate în
interstiţiul dintre gemeni, întâlnindu-se cu policele în tosa poplitee. Urmează
frământatul sub formă de stoarcere, care se face cu degetul mare fixat de tibie,
iar celelalte degete cuprinzând partea externă a muşchilor posteriori şi grupul
peronierilor. Aici se poate aplica şi geluirea, în afară de regiunea fasciei crurale.
Partea internă a muşchilor posteriori se masează unind cu degetul
mare tibia, iar cu celelalte degete mijlocul muşchilor posteriori, spre partea
internă a rotulei. Frământatul se face împreună cu tibialul posterior palpând
tendonul lui Achile şi masând numai de la locul unde începe muşchiul. Aici
se poate aplica geluirea, mângăluirea sau ciupirea (mai ales la musculatura
atrofiată). Baterea se face cu dunga mâinii, numai pe partea posterioară
sau pe părţile laterale ale gambei.

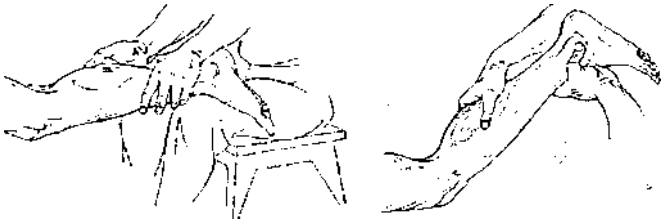


Fig..56(6,7)

E) Gâtul piciorului (glezna) - noţiuni de anatomie topografică

Este regiunea de trecere a elementelor anatomice de la gambă la picior.

Limitele sunt următoarele:

=> proximal - planul transversal care trece prin baza celor două maleole;

-=> distal - planul oblic în jos şi posterior, care trece, în partea anterioară, la 3 cm dedesubtul plicei de flexiune talocrurale;

=• lateral şi medial - la câte 1 cm sub vârful maleolelor;

=> posterior - prin tuberozitatea calcaneană.

Gâtul piciorului este împărţit printr-un plan frontal care trece prin vârful maleolelor, în două regiuni, una anterioară corespunzătoare planului de flexie dorsală a piciorului, şi alta posterioară, corespunzătoare planului de flexie plantară, între cele două regiuni se interpun oasele şi articulaţiile gâtului piciorului.

• Regiunea anterioară a gâtului piciorului (regio talocruralis anterior)

Cuprinde toate părţile moi situate înaintea articulaţiei talocrurale. Pe părţile laterale, de o parte şi de alta, regiunea prezintă proeminenţele celor două maleole, între acestea, mai ales în mişcările de extensie ale degetelor sau de flexie dorsală a piciorului, se reliefează sub tegument cordoanele tendoanelor, care trec din regiunea anterioară spre cea dorsală a piciorului, între grupul acestor tendoane şi cele două maleole există două depresiuni în care se află direct sub piele sinoviala articulară.

Stratigrafie se întâlnesc următoarele planuri:
a) Pielea - subţire şi foarte mobilă pe planurile subiacente; prezintă 2-3 plice transversale de flexiune a piciorului.
b) Planul subcutanat - cuprinde în sens tibio-fibular: vena safenă mare, nervul safen, nervul peronier superficial, nervii cutanaţi dorsali medial şi intermediar, ramuri ale reţelei venoase dorsale a piciorului. Venele sunt însoţite de vase limfatice superficiale.
c) Planul fascial - este alcătuit din fascia crurală, care se continuă la acest nivel cu fascia dorsală a piciorului, înaintea articulaţiei talocrurale, ea este întărită de fibre transversale sau oblice, al căror ansamblu constituie retinaculul inferior al extensorilor.
d) Planul profund - este un plan tendinos, alcătuit în sens tibio-fibular din următoarele tendoane, învelite în teci sinoviale: tendonul tibialului anterior, extensorul lung al halucelui, tendonul extensorului lung al degetelor, tendonul peronierului al treilea. Mănunchiul vasculo-nervos tibial anterior descinde pe sub retinacul, la mijlocul distanţei inter-maleolare. Este format din: artera tibială anterioară cu ramurile maleolare, venele comitante, nervul peronier profund, limfaticele profunde.
Regiunea posterioară a gâtului piciorului (regio talocruralis posterior)
Regiunea posterioară prezintă de o parte şi de alta cele două maleole, la mijloc tendonul lui Achile care se inserează pe călcâi, iar între ele două şanţuri verticale, şanţurile retromaleolare medial şi lateral. Ştergerea conturului şanţurilor în urma unor procese inflamatorii sau prin acumulare de serozitate (edeme retromaleolare), sunt semne importante în diferite afecţiuni ca tenosinovite, boli cardio-vasculare, renale etc.
Strat/grafia este următoarea:
a) Pielea - mai groasă, este mobilă, cu excepţia porţiunii infero-mediane, unde devine aderentă la planul fascial.
b) Planul subcutanat - este mai gros şi mai bogat în grăsime decât în regiunea anterioară, în planul subcutanat se întâlnesc: vena safenă mică (înapoia maleolei laterale), nervul sural (alături de vână) şi vase limfatice superficiale ce însoţesc vena.
c) Fascia gâtului piciorului - este continuarea fasciei crurale şi se continuă, la rândul său, cu fascia plantară. Retromaleolar, fascia este întărită prin fibre oblice, formând retinaculul flexorilor.
d) Planul profund - este alcătuit de către tendoanele care vin de la gambă. Se disting trei loji tendinoase.
=> Loja mediană, posterioară, conţine tendonul calcanean (Achile) prin care tricepsul sura! se insera pe tuberozitatea calcaneană. Sub tendonul lui Achile se afla o bursă seroasă retrocalcaneană.
=> Loja laterală conţine tendoanele celor doi mușchi peronieri laterali.
=> Loja medială cuprinde trei tendoane; în sens medio-lateral aceste tendoane aparţin: tibialului posterior, flexorului lung al degetelor şi flexorului lung al halucelui.

f 1) Piciorul (pes) - noţiuni de anatomie topografică
Piciorul este segmentul terminal al membrului inferior.
LIMITELE sunt următoarele:
=> posterior - planul oblic în jos şi înapoi care trece, în partea **superioară,** la 3 cm dedesubtul plicei de flexiune talocrurale;
=> lateral şi medial - la câte 1 cm sub vârful maleolelor;
=» inferior - prin tuberozitatea calcaneană;
=> anterior - linia curbă cu concavitatea postero-medială care trece prin vârful degetelor.
Piciorul prezintă două feţe: una liberă privind în sus - faţa dorsală, şi alta în contact cu solul, privind în jos - faţa plantară.
Piciorul poate fi împărţit în două porţiuni: una proximală - piciorul propriu-zis - ce corespunde scheletului tarso-metatarsian, şi o porţiune distală reprezentată de cele cinci degete, corespunzătoare scheletului falangian. Limita dintre cele două porţiuni este dată de linia curbă cu concavitatea

posterioară, care trece dorsal, prin comisurile interdigitale, iar plantar, prin plicele digito-plantare. Piciorul propriu-zis se subîmparte într-o regiune dorsală şi una plantară, prin planul transversal care trece prin marginile medială respectiv cea laterală a piciorul[1] ii.

• Regiunea dorsală a piciorului [dorsum pedis (regio dorsalis pedis)]

Stratigrafia se p[r]ezintă în modul următor:

a) Pielea - fină, subţire, lăsând să se vadă reţeaua venoasă, este foarte mooilă şi extensibilă.

b) Planul subcutanat - este format din ţesut lax cu structură lamel?[r]ă, cu puţină grăsime. Conţine arcada venoasă superficială, în a cărei convexitate se termină venele digitale. Elementele nervoase superficiale sunt reprezentate de: nervul safen, care inervează marginea medială a piciorului; nervii cutanat dorsal medial şi intermediar, ce participă la inervaţia senzitivă a dosului piciorului şi a degetelor; nervul sural, care inervează marginea laterală a piciorului.

c) Fascia dorsală a piciorului: se continuă posterior cu retinaculul extensorilor, iar pe margini, cu aponevroza plantară. Postero-lateral prezintă o îngroşare ce formează retinaculul inferior al peronierilor.

d) Planul profund - este alcătuit din următoarele straturi:

=> Stratul tendinos este reprezentat în succesiune medio-laterală, din: tendonul tibialului anterior, tendonul extensorului lung al halucelui, cele 4 tendoane ale extensorului lung al degetelor, tendonul peronierului al treitea, tendonul peronierului scurt, tendonul peronierului lung.

=> Fascia foarte subţire a muşchilor extensori scurţi.

=> Stratul muscular conţine doi muşchi, extensorul scurt al halucelui, aşezat medial, şi extensorul scurt al degetelor, aşezat lateral, între elementele acestui strat, trece artera dorsală a piciorului (pedioasă). Ea este continuarea arterei tibiale anterioare şi se proiectează de-a lungul unei linii care uneşte mijlocul spaţiului intermaleolar cu extremi-

tatea posterioafâ a primului spaţiu intermetatarsian. Pe partea medială a pedioasei trece nervul peronier profund, care inervează muşchii extensori scurţi şi participă la inervaţia senzitivă a primelor degete.
=> Stratul fascial profund este alcătuit de fascia interosoasă dorsală, care acoperă muşchii interosoşi dorsali şi oasele metatarsiene.
Regiunea plantară [planta pedis(regio plantaris pedis)]
Se numeşte şi talpa piciorului; ea prezintă în porţiunea sa mijlocie şi mai ales spre marginea medială, o excavaţie mai mult sau mai puţin profundă. Luându-se amprenta plantară, se constată că piciorul se sprijină pe sol doar la nivelul călcâiului, a capului metatarsienilor şi de-a lungul marginii laterale. Această dispoziţie se datorează arhitecturii speciale a scheletului piciorului, care formează bolta plantară cu cei trei stâlpi de sprijin şi cu arcurile longitudinale şi transversale caracteristice.
Stratigrafia cuprinde:
a) Pielea - mai fină şi subţire la nivelul bolţii plantare, se îngroaşă puternic la nivelul punctelor de sprijin ale plantei pe sol. Pielea este lipsită de glande sebacee, dar cu numeroase glande sudoripare.
b) Planul subcutanat - constituit dintr-un ţesut adipos dens este mai subţire la nivelul bolţii, şi gros la nivelul punctelor de sprijin ale plantei, mai ales la nivelul stâlpului calcanean. în cadrul acestui plan se găseşte reţeaua venoasă plantară, reţeaua limfatică superficială şi ramurile nervoase superficiale(provin din nervii plantari medial şi lateral).
c) Fascia plantară superficială - are o porţiune laterală şi una medială, ambele subţiri, având caracter fascial, şi una mijlocie, groasă, cu caracter aponevrotic, aponevroza plantară.
d) Planul profund este alcătuit din două straturi:
. Stratul musculo-tendinos, ce este împărţit în trei loji:
=> Loja medială începe în partea sa posterioară cu canalul calcanean. Loja medială propriu-zisă(porţiunea anterioară) conţine muşchi şi tendoane destinate halucelui.
=> Loja laterală conţine muşchii degetului mic.
=> Loja mijlocie conţine formaţiuni musculo-tendinoase dispuse la rândul lor în mai multe straturi: flexorul scurt al degetelor, tendonul flexorului lung al degetelor, muşchiul pătrat al plantei, muşchii lombricali, adductorul halucelui, tendonul peronierului lung. Ramura terminală laterală a nervului plantar medial se împarte aici în nervii digitali plantari comuni care apoi dau ramurile proprii pentru degete.
. Stratul musculo-fascial profund (interosos) este alcătuit din 4 loji inîerosoase. Acestea nu sunt altceva decât spaţiile intermetatarsiene, închise plantar(în jos) de fascia plantară profundă, iar dorsal, prin inserţiile pe metatarsieni ale muşchilor interosoşi dorsali, acoperiţi la rândul lor de fascia interosoasă dorsală. Vasele plantare laterale sunt însoţite de limfatice profunde şi de ramura terminală profundă a nervului plantar lateral, care inervează muşchii interosoşi.

Degetele piciorului (digit pedis)
Sunt cinci apendice care se detaşează din partea anterioara a piciorului propriu-zis; ele servesc în mare măsură pentru a mari suprafaţa de susţinere a piciorului. .
Degetele au câte două regiuni, una dorsala şi alta plantara, separaie prin planurile transversale care trec prin axele falangelor.
Limita posterioară a degetelor este reprezentată:
=> pe faţa dorsală - de linia curbă cu concavitatea posterioară, care trece prin comisurile interdigitale; . .
=* pe faţa plantară-de şanţul adânc, cu concavitatea posterioară ce trece prin plicele digito-plantare.
» Regiunea dorsală a degetelor
Stratigrafia este următoarea: . .
a) Pielea - este subţire şi mobilă, cu peri la nivelul falangei proximale şi prezentând unghia la nivelul falangei distale.
b) Planul subcutanat - subţire, conţine puţină grăsime. In acest plan fiecare deget are câte două artere digitale dorsale fine, doua vene digitale dorsale, limfatice superficiale, câte doi nervi digitali dorsali.
c) Planul tendinos - este alcătuit din tendoanele extensonlor degetelor.

Primele 4 degete au fiecare câte două tendoane, al extensorului lung şi al extensorului scurt; degetul mic posedă un singur tendon, cel provenit din extensorul lung al degetelor.

• Regiunea plantară a degetelor

Prezintă plice de flexiune la nivelul articulaţiilor interfalangiene.

Stratigrafia este următoarea: . .

a) Pielea - este lipsită de păr şi de glande sebacee, groasa şi puţin mobilă.

b) Planul subcutanat - are aceleaşi caracteristici ca în regiunea plantara a piciorului, în grosimea sa trec elemente vasculo-nervoase: arterele digitale plantare proprii (câte două pentru fiecare deget), venele digitale plantare (câte două pentru fiecare deget), limfaticele însoţesc vasele sangvine, nervii digitali plantari proprii (tot cate doi pentru fiecare deget). „

c) Planul fibros-constă din tecile fibroase care, împreuna cu pianul osos al falangelor formează tunele osteo-fibroase prin care trec tendoanele muşchilor flexori.

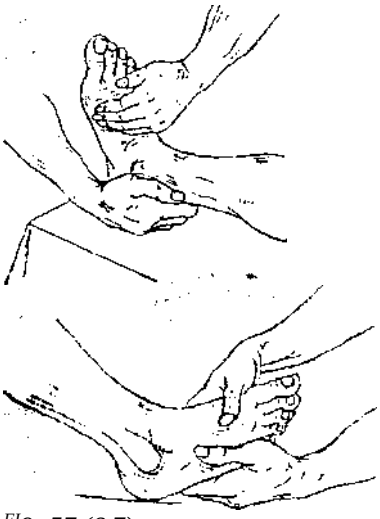
d) Planul tendinos - este alcătuit din tendoanele flexorilor. Doar halucele are un singur tendon, cel al flexorului lung, care se insera pe falanga distală Celelalte degete au câte două tendoane: tendonul provenit din flexorul scurt al degetelorţse insera pe falanga mijlocie) şi tendonul flexorului lung(se insera pe falanga distală). Tendoanele fiecărui deget sunt învelite în câte o teacă sinoviala digitala.

F2) Masajul piciorului şi al articulaţiilor piciorului

Bolnavul *aşează* extremitatea pe coapsa maseurului, care stă în faţa sa. Se începe cu masajul de introducere, de la articulaţia metacarpofalangiană în sus, de-a lungul părţii dorsale, peste gambă, până la genunchi. Netezeşte apoi cu degetul mare şi cu indexul partea dorsală, plantară şi laterală a degetului mare al bolnavului, continuând astfel la toate celelalte degete. Frământatul se face cu două degete, mai mult ca o mângăluire, pentru că musculatura degetelor piciorului este mai puţin dezvoltată decât a degetelor mâinilor. Se trece apoi la netezirea feţei dorsale a piciorului, de la *rădăcina* degetelor până la genunchi. Pe urmă se netezeşte fiecare teacă tendinoasă începând de la baza degetelor până peste articulaţia tibiotarsiană intrând şi în profunzime şi făcând în acelaşi timp o flexie plantară a degetelor. Frământatul *se* face executând mişcări laterale peste tendoane. Masajul plantei se face sprijinind călcâiul bolnavului pe genunchiul maseurului. Maseurul fixează cu mâna stângă piciorul, iar cu palma, şi după aceea cu dosul falangelor va face netezirea, plecând de la vârful degetelor până deasupra articulaţiei maleolare, alunecând cu degetul mare pe partea dorsală a piciorului (la netezirea cu palma). Aici se poate *aplica,* la eventuale aderenţe şi fricţiunea executată cu degetul mare. Baterea are un rol destul de important. Se face cu dunga mâinii întinse, cu pumnul sau cu . vârful articulaţiei interfalangiene, cu mâna făcută pumn.

Articulaţiile piciorului se netezesc circular, plecând de la degete, pe faţa dorsală, trecând pe sub maleole şi calcaneu şi terminând sub călcâi. Pe urmă se fricţionează fiecare articulaţie, insistând mai ales asupra articulaţiei tibio-tarsiene, care se masează în felul următor: se fricţionează articulaţia, plecând de la tendonul lui Achile sub maleola externă până pe faţa dorsală pătrunzând între tendoane şi apoi se întoarce sub maleola internă, din nou la tendonul lui Achile. Urmează netezirea uşoară a articulaţiei, după care se fac mişcări active şi pasive, flexie dorsală, flexie plantară, pronaţie, supinaţie şi mişcări de rotaţie.

/

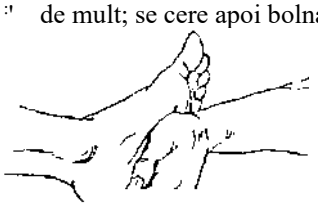


FI9- 57 (6,7)

F2) Masajul piciorului plat

Masajul piciorului plat este un tratament deosebit de important, fiind

recomandat frecvent pentru tratamentul acestei deformaţii.
Masajul piciorului plat se execută la gambă şi la laba piciorului. Se face netezirea de introducere la gambă, apoi se *maseazăă* labe piciorului, în special pe partea mediană, pe toate tendoanele şi ligamentele acestei regiuni. După fiecare masaj se vor face mişcări de gimnastică şi exerciţii de mers pentru a întări musculatura şi ligamentele plantei piciorului şi ale gambei.
Mişcările care se aplică la piciorul plat sunt următoarele (aceste mişcări se fac dimineaţa şi seara, cu o durată de 3-4 minute, timp de mai multe luni):
==> mişcări de flexie dorsală, bolnavul se aşează pe scaun cu spatele rezemat, executând flexia dorsală a piciorului;
=> mişcări de flexie plantară maximă fără rezistenţă;
=> mişcări de rotaţie internă plantară, cu lovirea ambelor tălpi ale picioarelor;
=> că încheiere, *se* fac exerciţii de mers: bolnavul se sprijină pe partea internă a plantelor, cu călcâiele în afară şi cu degetele picioarelor flectate cât se poate :' de mult; se cere apoi bolnavului să umble pe partea externă a piciorului.



ig. 58(6,7)

6.1.1.5.4. Masajul general

Prin masaj general se înţelege o combinare a tuturor masajelor parţiale în maniera prezentată mai jos.

• Este indicat ca masajul general să înceapă cu regiunea spatelui, pentru că este o regiune întinsă, puţin dureroasă, care permite diferite manipulaţii. Manipulaţiile care se fac sunt netezirea, frământatul, baterea şi, rar, fricţiunea. Maseurul se aşează de *partea* dreaptă a bolnavului când bolnavul este cu faţa în sus şi de partea stângă când este cu faţa în jos. La masarea spatelui nu se dă o atenţie specială regiunii lombo-sacrate, ci se consideră ca parte integrantă în masajul spatelui.

• Se *maseazăă* apoi membrul inferior pe partea posterioară, începând de la călcâi până la regiunea fesieră; apoi bolnavul se întoarce şi *se* masează membrele inferioare pe partea anterioară, dând atenţie cuvenită labei.

• Se trece la membrul superior, la torace, la gât şi se termină de obicei cu masajul abdominal, limitându-se la masajul peretelui abdominal (ţesut adipos şi fascii) şi nu la interiorul abdomenului.

Masajul general se completează cu exerciţii de gimnastică uşoară, în special cu gimnastică respiratorie.
Durata masajului poate să varieze de la 1-2 ore, însă în cazul când este indicat în scop terapeutic, nu este bine să depăşească 30-40 minute, deoarece pe de o parte, produce reacţii prea intense datorită acţiunii prelungite asupra receptorilor cutanaţi şi tisulari, iar pe de altă parte cataboliţii tisulari eliberaţi în mare cantitate şi pătrunşi în circulaţia generală pot provoca efecte nedorite.

6.1.1.6. Masajul diverselor organe şi aparate

6.1.1.6.1. Masajul ţesuturilor corpului

Pielea şi ţesuturile conjunctive subiacente realizează bariera dintre organism şi mediu, ce are un rol complex: atât de structură fizică propriu-zisă cu rol în protecţie, apărare, nutriţie, termoreglare, cât şi de interfaţă pentru schimburile informaţionale dintre sistemul viu, reprezentat de organismul uman, şi variaţiile mediului extern. Indiferent de modalităţile de acţiune asupra acestei bariere se *realizează* o stimulare, mai mare sau mai mică, a sistemului viu.
Astfel, folosind tehnicile clasice principale, complementare şi speciale prezentate anterior, se obţine un efect direct, cu o "profunzime de acţiune" dependentă de intensitatea stimulării. Prin conexiuni directe din această zonă sau prin feed back-uri se realizează cuplajul informaţional şi cu structurile superioare de control informaţional, care la rândul lor reacţionează.
Aplicarea tehnicilor de masaj reflex face apel direct la aceste structuri, ca şi la organele interne, cu rol în "economia" organismului.

6.1.1.6.2. Masajul aparatului locomotor

Datorită structurilor sale complexe, interconexiunilor sale vaste şi rolului său primordial în realizarea mişcării aparatului locomotor i se acordă o nouă încadrare, aceea de aparat neuro-musculo-artro-kinetic, care arată mult mai bine legătura dintre structura şi funcţiile sale.
Acest aparat este foarte sensibil la toate tipurile de masaj, indiferent că acesta este aplicat diferenţiat structurilor sale componente (muşchi, articulaţii, structuri periarticulare, periost) sau per ansamblu. Profunzimea manevrelor este mai mare decât cea a masajului pielii şi ţesutului conjunctiv, iar intensitatea, durata şi frecvenţa variază în funcţie de efectul pe care dorim să-l obţinem: calmant-relaxant sau tonifiant-excitant.
Tehnicile şi metodologia sunt expuse la capitolele respective. :**

6.1.1.6.3. Masajul aparatului cardio-vascular

Acest masaj a fost aplicat timpuriu pentru activarea circulaţiei periferice şi în special a celei veno-limfatice centripete. Astfel circulaţia arterială îşi poate desfăşura activitatea în condiţii mai bune. în acest mod se îmbunătăţeşte circulaţia întregului organism şi de aceea masajului i se mai spune şi

"inima periferică", în cadrul tehnicilor speciale şi al masajului mecanic sunt detaliate tehnicile specifice, cele clasice principale şi complementare putând fi aplicate în orice condiţii de diagnostic şi dozaj corect. Procedeele de masaj, pe lângă acţiunea directă asupra sistemului vascular, influenţează şi nervii vasculari (care reglează la rândul lor şi circulaţia organelor profunde) şi la care se adaugă eliberarea din ţesuturi de substanţe vaso-motoare cu acţiune de lungă durată.
Masajul modificat al regiunii precordrale are efecte asupra cordului prin intermediul sistemului nervos, putând fi aplicat precoce după intervenţiile pe cord pentru îmbunătăţirea irigaţiei şi funcţiilor cordului (vezi masajul organelor toracice).
Aplicarea masajului reflex reglează funcţionalitatea aparatului cardio-vascular în întregul său ansamblu.

6.1.1.6.4. Masajul sistemului nervos

- *Masajul sistemului nervos periferic*

A fost folosit încă din vechime în scop antialgic sau stimulant direct asupra sistemului nervos periferic. Manevrele clasice se pot'aplica fie numai pe zona dureroasă fie pe trunchiul nervului, fie pe zonele de trecere proeminente şi care permit accesul. Pot fi realizate sub forma unor manevre lungi (combinând tehnicile) sau a unora punctiforme succesive (la care predomină presiunea, de obicei cu caracter vibrator). în aplicaţie reflexă segmentară (prin acţiune pe dermatomiotomul

corespunzător unui segment vertebral) se influenţează organele profunde şi se realizează conexiuni cu centrii nervoşi superiori, care prin feed back-uri recurente închide circuitul de autoreglare.

- *Masajul sistemului nervos central*

Acest tip de masaj se poate aplica direct prin acţiune asupra capului (cu efecte mai puţin pregnante) şi indirect, fie prin influenţarea zonelor reflexe de tip occidental sau oriental (cu efectele cele mai evidente), fie prin accesarea segmentelor afectate de leziunile centrale (pareze). Accesarea acestor zone, pe lângă efectul trofic, asupra structurilor locale afectate, transmite impulsuri directe înspre zona centrală lezată, cu rol de stimulare-reparare-regenerare.

Dacă în parezele flasce părerea este unanimă în privinţa efectelor favorabile ale masajului, în cele spastice există păreri contradictorii. Se consideră că scăparea buclei gama de sub controlul inhibitor central determină la aplicarea masajului creşterea reflexului miotatic şi implicit accentuarea spasticităţii. Practica a schimbat în ultimul timp această optică. La această nouă părere aderă şi subsemnatul: masajul clasic efectuat foarte blând, cu mişcări lungi, lente, rare şi la care se asociază imediat variate tehnici de facilitare are un efect benefic asupra acestui tip de leziune.

6.1.1.6.5. Masajul capului

• *Gâtul (cervix-collum) (1,17)- noţiuni de anatomie topografică*

Este segmentul care face legătura între cap şi trunchi.

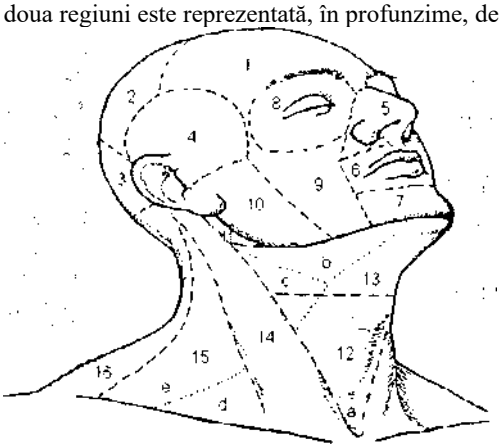
Umilele sunt următoarele:

=> Cea superioară care separă gâtul de cap, urmează marginea inferioară a corpului mandibulei şi se continuă prin orizontala convenţională dusa până la marginea anterioară a muşchiului sternocleidomastoidian- urca apoi de-a lungul acestei margini, trece prin baza procesului mastoidian şi urmează linia nuchală superioară, terminându-se la pro- tuberanta occipitală externă.

=> Limita inferioară, care separă gâtul de trunchi şi de rădăcina membrului superior, este foarte netă în partea anterioară: incizura jugulară a ternului, faţa superioară a articulaţiei sternoclaviculară şi a claviculei până la articulaţia acromioclaviculară.

=> Posterior, limita este reprezentată de linia convenţională transversală, care uneşte cele două articulaţii acromioclaviculare, trecând prin procesul spinos al celei de-a Vll-a vertebre cervicale.

Topografic, gâtul se împarte în două regiuni: una posterioară - regiunea cervicală posterioară - care, din motive didactice, este expusă odată cu regiunea rahidiană; alta anterioară-gâtul propriu-zis. Limita dintre aceste doua regiuni este reprezentată, în profunzime, de planul frontal ce trece prin



Regiunile topografice a/e *capului şi gâtului (văzute antero-lateral)*
1. Reg. frontală 2 Reg. parietală. 3. Reg occipitală. (1. 2. *3.)* Reg. fronto-parieto-occipitală. 4. Reg temporală. 5. Reg. nazală. 6. Reg. labrală. 7 Reg. mentonoeră 8. Reg. palpebrală. 9. Reg. genială 10. Reg. maseterină 11 Reg. parotidiană. 12. Reg. infrahioidiană, 13. Reg. suprahioidiană 14. Reg. sternocleidomastoidiană. 15. Reg. laterală a gâtului 16. Reg. cefei. a. Fosa suprasternală. b. Triunghiul subrnandsbular. c. Triunghiul carotidian. d. Triunghiul omoclavicular. e. Triunghiul omotrapezian

' Fig.59(17)

marginilor laterale ale muşchilor trapezi. Gâtul propriu-zis cuprinde o serie de regiuni topografice, unele sunt regiuni viscerale (ce cuprinde faringele cervical, laringele, traheea cervicală, esofagul cervical, tiroida, paratiroidele), altele regiuni somatice.

Regiunile somatice ale gâtului sunt în număr de patru:

a) Regiunea anterioară a gâtului, numită şi triunghiul median al gâtului, este cuprinsă între mandibulă şi cei doi muşchi stemocleidomastoidieni. Ea este la rândul său, subîmpărţită într-o regiune infrahioidiană şi una supra- hioidiană.

b) Regiunea sternocleidomastoidiană, denumită şi regiune carotidiană, răspunde muşchiului omonim, fiind o regiune pereche, interpusă între regiunea anterioară şi cea laterală ale gâtului.

c) Regiunea laterală a gâtului este o regiune pereche, de formă triunghiulară, denumită şi regiunea (sau triunghiul) suprasclaviculară, fiind situată între regiunea sternocleidomastoidiană - care este înainte - şi cea nuchală, aşezată înapoia ei.
d) Regiunea prevertebrală, regiune profundă, mediană şi nepereche, ea este situată înapoia regiunii sternocleidomastoidiene şi a regiunilor viscerale ale gâtului, şi anterior coloanei vertebrale cervicale.

- *Tehnicile de masaj*
- Pentru a putea avea acces liber asupra acestei structuri complexe pacientul stă pe un scaun scund şi îşi fixează bărbia în propriile mâini sau pe un suport special, iar terapeutul stă în picioare sau pe un scaun înalt astfel încât să lucreze cu mâinile sub nivelul umerilor săi. El îşi mută poziţia în faţa, în spatele şi în lateral faţă de bolnav în funcţie de necesităţi. Masajul se poate execută cu ambele mâini sau numai cu una (cealaltă mână sprijină partea opusă a capului). Se masează în ordine fruntea şi partea anterioară a capului, creştetul, porţiunea occipitală şi ceafa, părţile laterale ale capului. Pacientul îşi schimbă unghiul de înclinare a capului în funcţie de necesităţi, iar sprijinul este realizat fie de o mână a terapeutului, fie de suporturi, fie de toracele terapeutului. Se folosesc de obicei neteziri, fricţiuni, vibraţii, bateri uşoare şi ritmice pentru a influenţa pielea feţei şi cea păroasă, vasele, nervii cranieni şi cervicali, muşchii laţi şi subţiri.

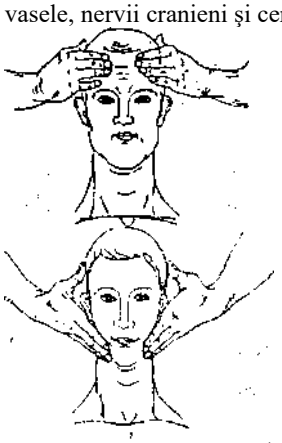


Fig. 60 (6,7)

Masajul feţei este d"formă specială de masaj, care foloseşte tehnicile cunoscute adaptate la particularităţile morfo-funcţionale ale regiunii, în următoarele scopuri:
* cosmetic:
=> păstrarea sau refacerea aspectului estetic;
=> corectarea unor defecte minore;
=> prevenirea şi tratarea ridurilor;
» terapeutic:
=> tratamentul unor cicatrice, aderenţe, pareze.
în aplicaţie reflexă zonală sau de la distanţă sunt influenţate funcţiile structurilor anatomice conţinute de cutia craniană.

6.1.1.6.6. Masajul organelor toracice

Toracele conţine structurile anatomice principale ale aparatului cardio-vascular (cordul şi vasele mari) şi ale aparatului respirator (plămâni, pleure şi căile respiratorii).
Masajul acestora foloseşte fie variatele tehnici de masaj reflex sau oriental, fie tehnicile clasice adaptate particularităţilor anatomo-funcţionale.

- ***Masajul regiunii precordiale***

Pacientul stă în decubit dorsal cu capul şi trunchiul uşor ridicate, iar membrele uşor flectate. Din dreapta sa terapeutul execută manevre în scop:
* calmant-relaxant (scade şi reglează ritmul cardiac, scade tensiunea arterială):
=> neteziri cu palma întinsă, ce este condusă din cot, lent şi uşor dinspre zona epigastrică -> pe partea anterioară a sternului -» zona costală stângă -» vârful cordului;
=> urmează fricţiunea, în acelaşi sens, executata de asemenea lent şi uşor pentru piele şi ţesutul celular subcutanat;
=> apoi se execută un tapotament rar, lent şi uşor cu degetele îndepărtate sau cu palma căuş;
=> în final se execută vibraţii uşoare pe stern şi coaste, din aproape în aproape, în sens circular;

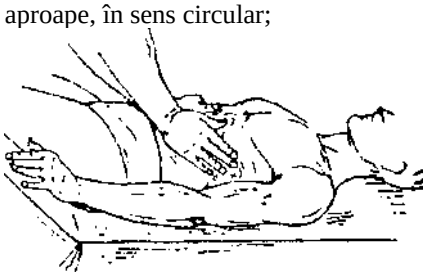


Fig. 61 (6,7)

* tonifiant-excitant (creşte ritmul cardiac şi tensiunea arterială):
=> se aplică aceleaşi manevre, în aceeaşi ordine şi după aceeaşi tehnică, dar cu mişcări mai vii, mai rapide şi mai energice, între care se intercalează fricţiuni circulare energice.

Masajul organelor respiratorii

Este utilizat în insuficienţele respiratorii de diverse cauze, având drept scop creşterea circulaţiei funcţionale şi a schimburilor gazoase, degajarea căilor respiratorii.
Din poziţie identică cu cea pentru masajul precordial se respiră profund, ritmic şi rar. în inspir terapeutul pătrunde cu ambele mâini sub torace, cu degetele orientate înspre coloana vertebrală, iar spre sfârşitul inspirului şi în pauza postinspiratorie ridică uşor toracele, şi aplică trepidaţii uşoare, în expir mâinile alunecă încet spre partea antero-inferioară a coastelor. Spre sfârşitul expirului şi în pauza postexpiratorie se efectuează presiuni uşoare, vibraţii şi trepidaţii.

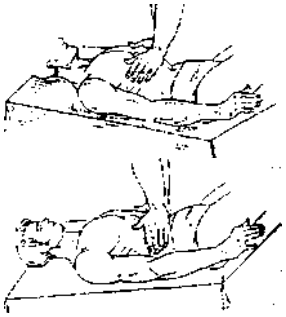


Fig. 62 (6,7)

6.1.1.6.7. Masajul organelor abdominale

Masajul colonului

După manipulaţiile prezentate anterior se trece la frământarea colonului, care se face în felul următor: se apasă cu vârful celor patru degete ale unei mâini asupra părţii inferioare a cecului, comprimând în acelaşi timp cu degetele celorlalte mâini partea dorsală a mâinii care acţionează direct asupra cecului şi influenţarea musculaturii organelor din interiorul abdomenului, în acest scop.

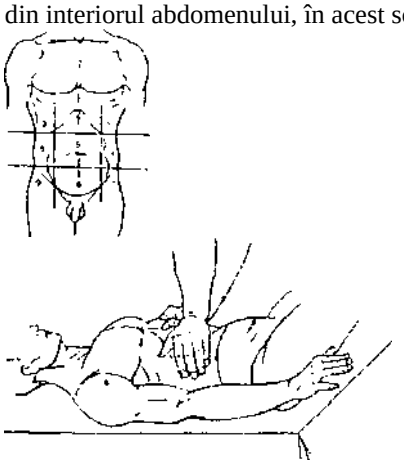


Fig. 63(6,7)

Se fac mişcări de flexie din falangele a ll-a şi a lll-a a mâinii care vine în contact cu peretele abdominal, după care se întind degetele acţionând în direcţia colonului ascendent în acelaşi ritm de flexie şi

extensie de-a lungul colonului întreg până în partea inferioară a sigmoidului. Fricţiunea se face cu vârful degetelor mâinii stângi, peste care se apasă degetele celeilalte mâini pentru a putea pătrunde mai bine în profunzime, progresând de la cec, de-a lungul colonului ascendent, transvers, descendent şi sigmoid. La aceste fricţiuni se poate adăuga a treia manipulaţie, fricţiunea combinată cu vibraţia în aceeaşi direcţie, căutând să se acţioneze mai intens asupra musculaturii netede a intestinelor. Baterea se face cu vârful degetelor sau cu partea dorsală a degetelor flectate din prima articulaţie interfalangiană sau, în sfârşit, cu palma flectată. , între flectarea dintre manipulaţii se aplica netezirea circulară profundă.

• *Masajul intestinului subţire*

′,• Se face în toate direcţiile având în vedere topografia regiunii şi întrebuinţând manipulaţiile de introducere menţionate mai sus. Fricţiunea se face cu vârful degetelor, având rădăcina mâinii îndreptată în toate direcţiile. Se face apoi frământarea periombilicală cu rădăcina mâinii, cu vârfurife degetelor, sau cu rădăcina cubitalâ a mâinii ţinută în supinaţie. Mai departe se aplică tocatul cu vârful şi pulpa degetelor şi scuturătura laterală, prinzând peretele abdominal între police şi celelalte patru degete, scuturând orizontal. Se încheie cu o netezire circulară.

• *Masajul stomacului*

Are scopul de a întări musculatura acestuia şi de a uşura evacuarea conţinutului acestuia. Pentru a întări musculatura, masajul se va face înainte de mâncare, iar în vederea evacuării se va face la 1-2 ore r^upă mâncare. Tehnica masajului constă din:

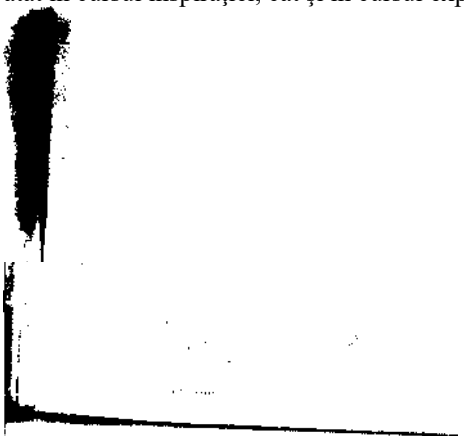
=> netezirea de-a lungul curburii mari (de la stânga la dreapta) până la ombilic, apoi vertical în sus, în regiunea epigastrică;

=> frământarea în aceeaşi direcţie, cu partea cubitală a mâinii, executând mişcări de întoarcere de la pronaţie şi supinaţie;

=> în masajul stomacului are mare rol vibraţia care se poate combina, atât cu netezirea, cât şi cu frământarea.

Masajul ficatului şi vezicii biliare

Constă din netezire, frământare şi mai ales din vibraţie. Mâna stângă a maseurului se fixează în spatele bolnavului, iar cu mâna dreaptă (cu rădăcina mâinii) maseurul face mişcări de masaj pe hipocondrul drept cerând bolnavului să inspire adânc. Mişcările se vor face în direcţia mersului acelor de ceas. Vibraţia se face, fie cu vârful degetelor, căutând a se intra sub marginea inferioară a coastelor din hipocondrul drept, fie vibrând cu palma deasupra coastelor, înainte de a termina se face o vibraţie bilaterală a arcului costal drept, aplicând mâna stângă la spatele bolnavului în regiunea coastelor a Vl-a - a IX-a, iar mâna dreaptă pe partea antero-inferioară a toracelui. Se execută astfel vibraţii bilateral, atât în cursul inspiraţiei, cât şi în cursul expiraţiei.



. *Masajul rinichilor*

Se face asupra polului inferior, executând vibraţii profunde în timpul expiraţiei, cu palma şi cu vârful degetelor, de jos în sus. De asemenea

se poate aplica asupra regiunii renale şi vibraţia cu palma, punând bolnavul culcat pe abdomen. Masajul acestei regiuni se aplică în caz de rinichi ptozat, dacă acesta nu a devenit încă mobil.

« *Masajul vezicii urinare*

Se execută iniţial alunecări lente în jurul şanţurilor iliace, de sus în jos. Apoi se efectuează presiuni vibrate în zona suprapubiană.

6.1.1.7. Masajul reflex (8,9,13,14)

Reflexele sunt activităţi fundamentale ale sistemului nervos prin care sunt reglate atât relaţiile existente între diferitele părţi ale organismului, cât şi cele dintre organism şi mediul înconjurător. Pe baza reflexelor se poate realiza stimularea prin masaj a unor zone reflexogene periferice (de proiecţie periferică a organelor interne), prin care se obţine de la distanţă influenţarea unor organe sau sisteme în scopul ameliorării sau chiar a vindecării unor suferinţe, în funcţie de metodologia de abordare a proiecţiei periferice se realizează diferitele forme şi tehnici de masaj reflex.

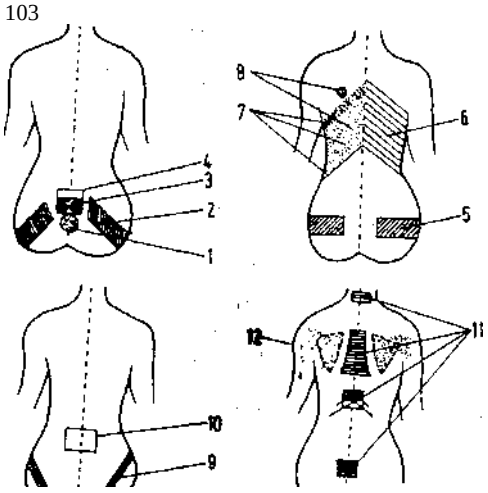
6.1.1.7.1. Masajul reflex conjunctiv

A fost descoperit de Dicke şi perfecţionat de Kohlrausch şi Leube. QojislăJn-frământârLsijrj, special fricţiuni^ puternice cuvârful a unul sau _do^jă_sau_trej degete pe anumite zone reflexe. Aceste zoneTsunt îrnpasîite"şT sensibile spontan şi la palpare atunci când organul corespunzător este bolnav. F/g. *64 (8,9)*

1 -vezică urinară;
2-constipaţia;
3 - menstruaţia; 4 - intestin;
5 - sistemul venos şi limfatic;
6 - hepatobiliara; 7 - inimă;
8-stomac;
9-sistemul arterial al membrelor inferioare;
10-hipomenoreea;
11 -cap; 12-braţe.

•*••*„' \ i y

Există o multitudine de zone periferice ce aparţin tegumentului (zonele Dicke), ţesutului celular subcutanat (zonele Head), muşchiului (zonele Mc



Kenzie), răspândite pe întreaga suprafaţă a corpului. Această departajare pe structuri anatomice de proiecţie periferică mi se pare a fi mai mult didactică, în fapt, frământatul şi fricţiunea puternică angajează toate structurile menţionate.

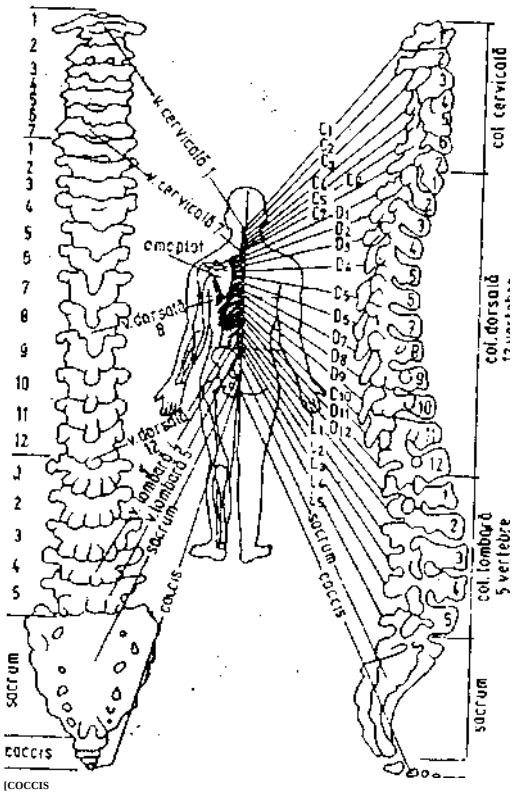
Cea mai accesibilă regiune anatomică cu zone reflexe este cea a trunchiului posterior, de aceea vom prezenta zonele reflexe cantonate aici.

6.1.1.7.2. Masaje reflexe speciale

• ***Reflexologia vertebrală:*** constă din percuţia uşoară pe apofizele spinoase ale vertebrelor cu pulpa unui deget timp de câteva secunde sau minute.

Fi g. 65(8,9)

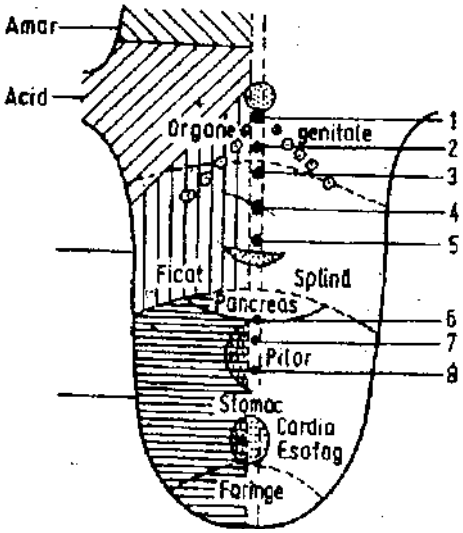
CI - cap, creier, ameţeli, amnezie, nevralgie *facială* şi cervicobrahială; C2 - urechi, corzi vocale, glande 3 suprarenale, aritmie; C3 - amlgdale, ; dinţi, gingii, pancreas, cefalee; - C4 - astrn bronşic, emfizem pulmonar; C5 - membrele superioare, paralizia lor, sughiţ, C6 - boala Parkinson, tahicardie parosistică; C7 - insuficienţă hipofizară, tremurătun. tahicardie, boala Basedow, reanimare; D1 - contracţia ansei sigmoide, dilataţia pupilei; D2 - scăderea tensiunii arteriale; D3 - contracţia pilorului, stimularea plămânilor şi a plexului solar, spaţiul dintre D3 şi D4 - hipotiroidie, hipertensiune arterială hiperfuncţie hipofizară; D4 - dilată plămânii şi ameliorează funcţiile sale; D5 - deschide pilorul, relaxează muşchii, insomnie, îmbunătăţeşte funcţiile pancreasului; D6 - litiază - biliară, contractă vezicula biliară; D7 - evacuează vezicula biliară, boli de ovare; D8 - splină, rinichi, ficat; D9 - litiază biliară, dilată canalul coledoc, stimulează ovarele, dismenoree, D10 - cistită, celulita, edeme, calcul renal, gută, diabet zaharat, impotenţă sexuală, arterită; D11 - boli de intestine; 012 - prostată, incontinenţă unnară; L1 -ficat, pancreas, contracţia colonului ascendent; L2 - ficat, pancreas, contracţia colonului transvers; L3 - contracţia colonului descendent; L4 - contracţia ansei sigmoide şi a rectului; L5 - atonia vezicii urinare, enurezis; S1 - favorizarea erecţiei; S2 - contracţia rectului, S3 şi S4 - hemoroizi; S5 - *favorizarea* erecţiei, hemoroizi.



104

Reflexologia limbii: stimularea zonelor reflexe sensibile de pe limbă se poate realiza cu degetul sau cu un obiect bont relativ moale, prin apăsări continue sau masaj zonal circular, timp de 2-5 minute.

•SOral



F/g. *66 (8.9)*

1 - rect; 2-sigmoid;
3-colon descendent;
4-colon transvers;
5-colon ascendent;
6-ileon; 7-jejun;
8-duoden.

Dulce

OreofifQ

StSnga

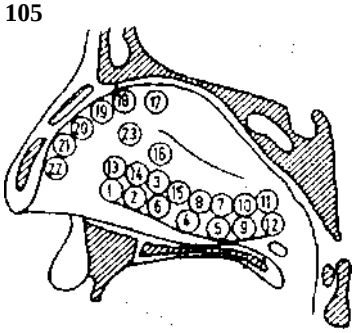
Relfexologia endonazală mucoasa nazală, foarte bogată în zone reflexo-gene, poate fi stimulată printr-un masaj circular superficial timp de 20-30 secunde. Cu ajutorul unui stilet subţire înfăşurat la un capăt în vată

înmuiată într-o soluţie de plante, cu ajutorul laserului sau prin electroterapie cu impulsuri datorită unui electrod special plasat endonazal.

Fig. 67(8,9)

1 - inimă; tensiune; termoreglare;
2 - organe genitale; 3 - vezică urinară;
4 - intestine; 5 - stomac;6 - anus, rect;
7 - ficat; pancreas; 8 - rinichi; 9 - gât; nas; faringe; esofag; membrul superior; 10 - anxietate cu manifestări fizice (vărsături, insomnie, ameţeală, depresie); 11 - auz;
12 - oculomotricitate; 13 - tonus general;
14 - sciatică; membrul inferior; 15 - scurgeri patologice; 16 - bâlbâială; 17 - miros;
18 - anxietate cu manifestări respiratorii;
19 - faţă; 20 - trahee, bronhii, plămâni;
21 - nas; 22 - vasomotricitatea feţei;
23 - vedere.

105



Reflexologia auriculară ca şi pe scoarţa cerebrală, există şi pe ureche o proiecţie a unui homunculus cu capul în jos şi partea posterioară pe pavilionul urechii. Majoritatea acestor "zone reflexe occidentale" corespund cu "cu punctele auriculare orientale" folosite în auriculo-punctură şi presură. Stimularea acestor zone se poate realiza cu pulpa auricularului, cu unghia, cu o baghetă specială, cu electrozi punctiformi, cu câmpuri magnetice localizate prin dispozitive speciale pe punct sau cu dispozitive speciale de forma homunculusului care se fixează pe pavilion şi în porţiunea iniţială a conductului auditiv extern.

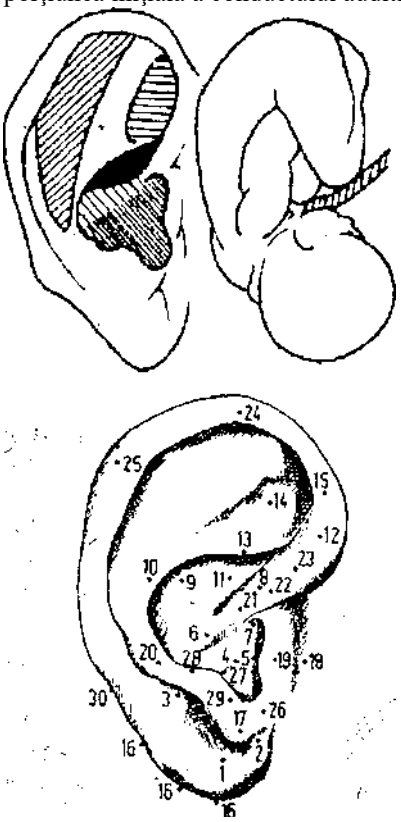


Fig. 68-. Principalele puncte reflexe auriculare (8,9)
1 - ochi; 2 - miros; 3 - maxilar; 4 - plămâni; 5 - auz; 6 - stomac; 7 - gât; 8 - gonade; 9 - splină, pancreas; 10 - inimă; 11 - vezica biliară; 12 - rect; 13 - nerv sciatic; 14 - genunchi; 15 - rinichi; 16 - nerv trigemen; 17 - agresivitate; 18 - tragus; 19 - piele; 20 - umăr; 21 - punct zero; 22 - membru inferior; 23 - membru superior; 24 - alergie; 25 - punct Darwin; 26 - punct de sinteză; 27 - punct cerebral; 28 - punct occipital; 29 - punct genital; 30 - punct medular.

106

Reflexologia irisului irisul este şi el sediul unor zone reflexe, folosite în special pentru diagnostic (iridodiagnostic) dar, în ultimul timp, şi pentru terapie, realizată sub forma unui "micromasaj" cu fascicule de lumină colorată.

auditiv
extern
2h

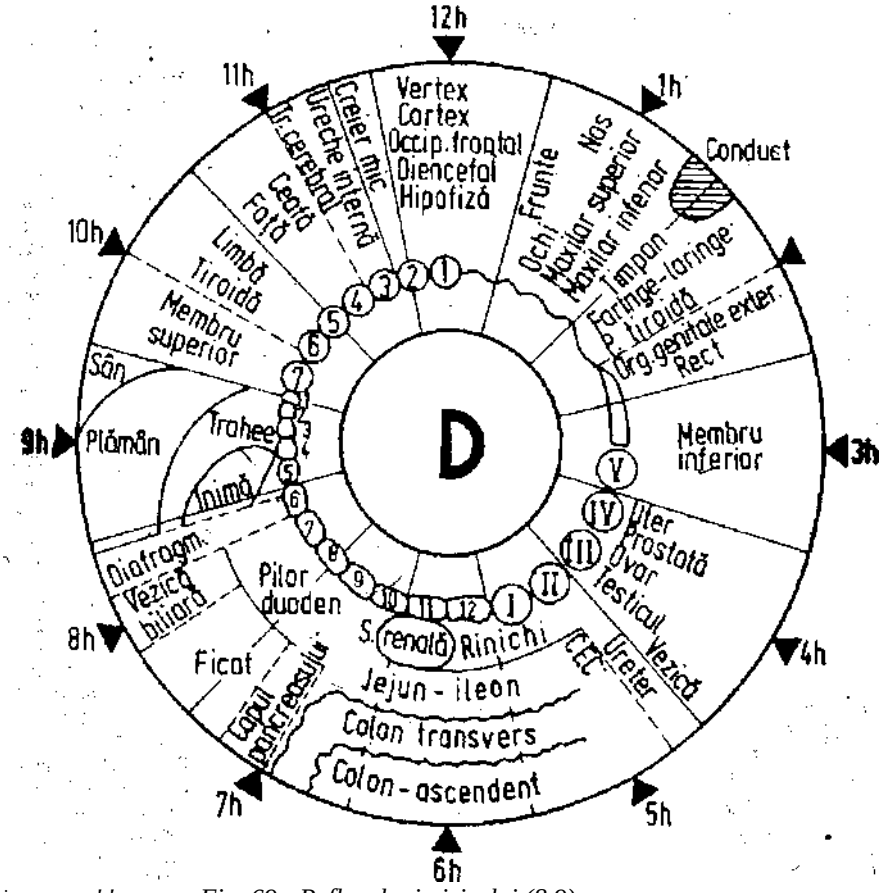
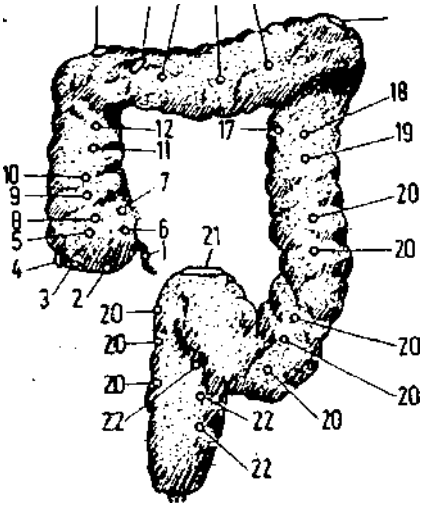


Fig. 69-. Reflexologia irisului (8,9)

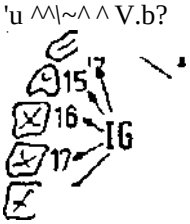
Reflexologia *intestinului gros:* Fielder şi Pyott au fost primii care au realizat cartografierea reflexă a intestinului gros. Iniţial se realizează un diagnostic, determinându-se zonele reflexe sensibile la palparea abdominală profundă efectuată cu vârful degetelor şi apoi se stimulează aceste zone printr-un masaj profund blând, lent şi insistent.

13 K 15 15 15
-16

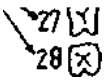


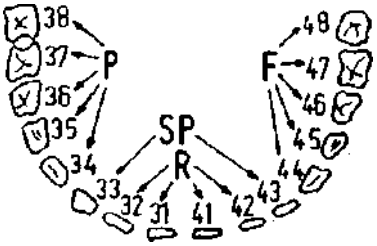
F/g. *70. - Zonele reflexe ale intestinului gros (8,9)*
1 - apendice; 2 - glanda pituitară;
3 - nas; 4 - răceală; 5 - timus;
6 - miros; 7 - ochi; 8 - ureche;
9 - astm bronşic;
10 - simptome mintale;
11 - tiroidă; 12 - paratiroide;
13 - ficat; 14 - inimă; 15 - stomac;
16 - splină; 17 - pancreas;
18 - suprarenale; 19 - hipotiroidie;
20 - ovare, testicole;
21 - dureri de cap;
22 - uter, veziculă, prostată. "
Reflexologia dinţilor. Orsatelli, folosind scrieri vechi ale medicinei chineze, ^ a realizat o cartografiere a zonelor reflexe de pe dinţi, care dacă sunt trataţi din punct de vedere stomatologic sau sunt stimulaţi prin percuţii uşoare cu baghete speciale, ameliorează funcţia unor organe interne.

^SV^fo
'u ^^|~^ ^ V.b?



S^ /Z5^
VBc26|l
18 -

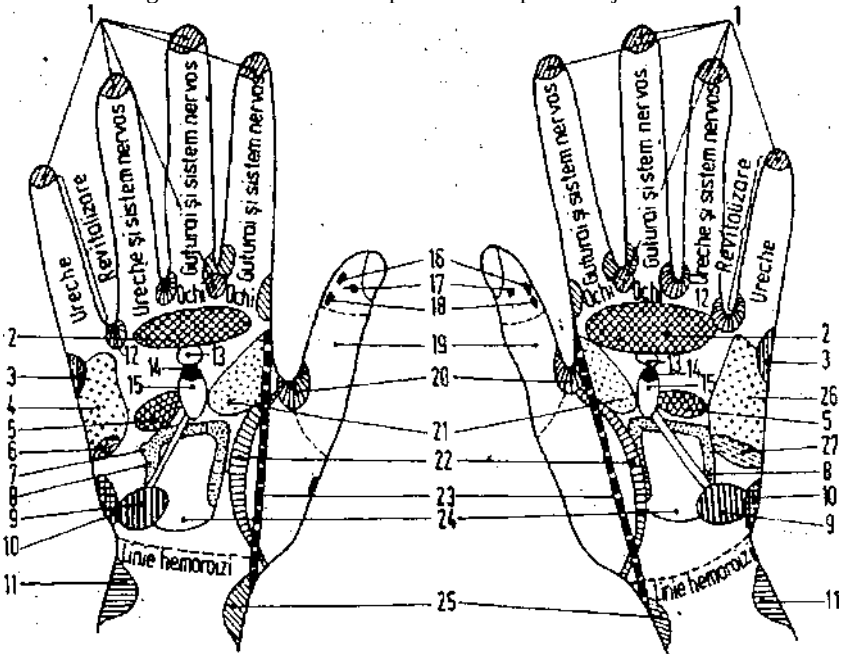




F/g. *71- Corespondenţa dinţilor cu meridianele de acupunctura ce controlează funcţia organelor interne (8,9)*

l - inimă; S - stomac;
VB - vezica biliară;
IG - intestin gros; P - plămân;
F - ficat; SP - splină-pancreas;
R - rinichi.

Reflexologia palmară palmele prezintă de asemenea foarte multe zone reflexogene, utilizate în scopuri diagnostice şi mai ales terapeutice. După detectarea punctelor sensibile la palpare se realizează masajul lor timp de câteva minute, până la dispariţia împăstării sau durerii locale, cu vârful unui deget sau cu instrumente speciale cu capul rotunjit.



F/g. *72-. Zonele reflexogene palmare (8,9)*

1 - sinusuri; 2 - plămâni; 3 - umăr; 4 - ficat; 5 - pancreas; 6 - veziculă biliară; 7 - apendice; 8 - colon; 9 - vezică, 10 - şold; 11 - ovare; testicule, 12 - ureche; 13 - plex solar; 14 - suprarenală; 15 - rinichi; 16 - hipofiză; 17 - zona cerebrală; 18 - glanda pineală; 19 - cap; 20 - gât; 21 - stomac; 22 - tiroidă; 23 - coloana vertebrală; 24 - intestin subţire; 25 - uter, prostată, penis; 26 - inimă, 27 - splină.

• *Reflexologia plantară dacă* reflexologia palmară nu este atât de folosită pe cât s-ar părea la prima vedere, datorită faptului că membrele superioare sunt uzitate în activităţile cotidiene, cea plantară continuă sa-şi menţină locul de frunte în reflexologie, atât datorită posibilităţii de abord, cât şi intensităţii şi persistenţei efectelor.

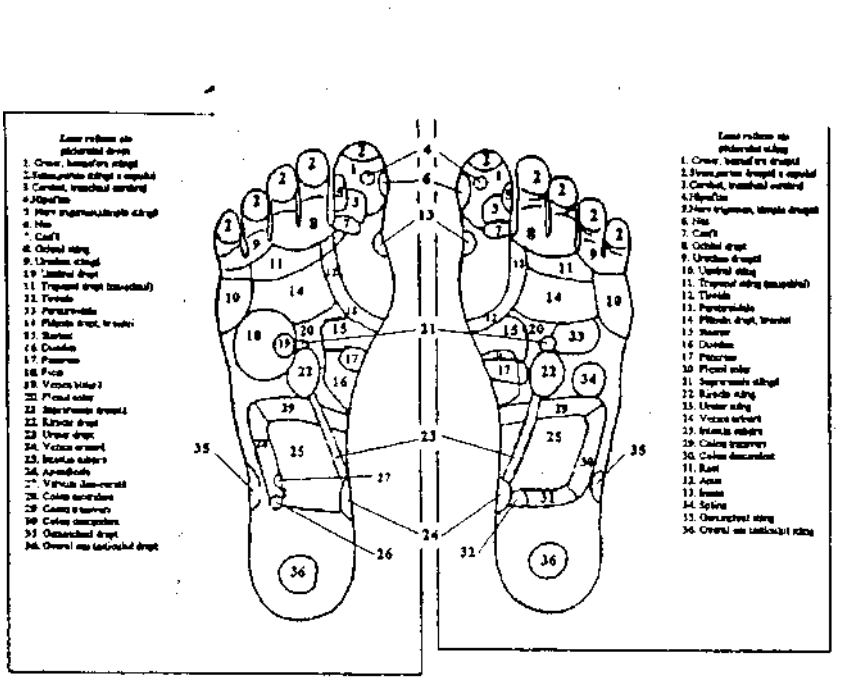
Tehnica de diagnostic şi tratament este identică cu cea palmară

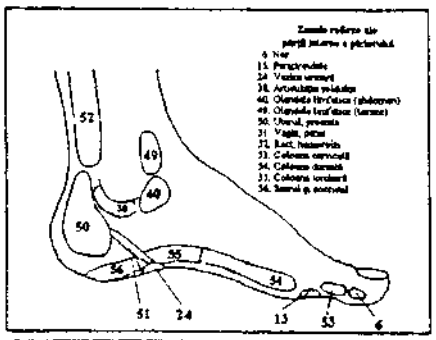
li

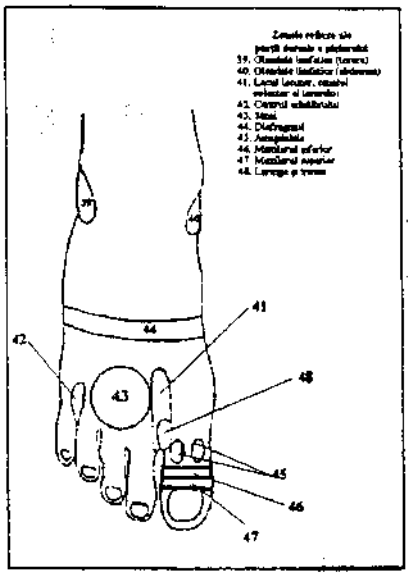
J!

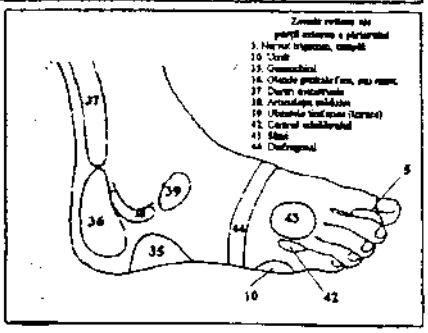
110

l

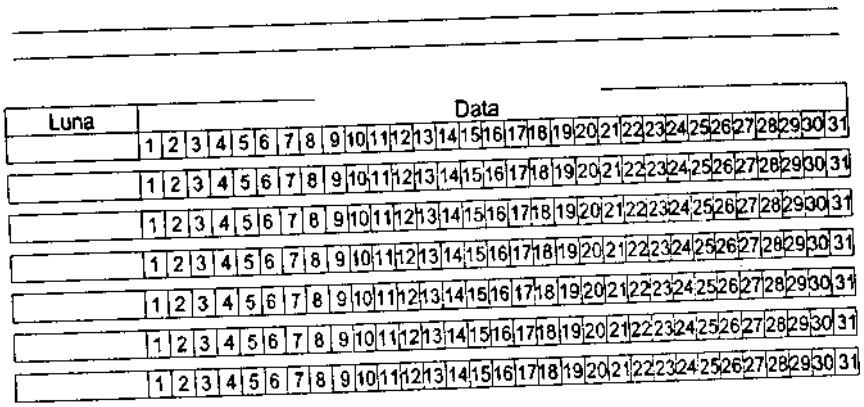








PACIENT:
Diagnostic
Programarea și executarea **ședințelor**



CAZ CRONIC

CAZ ACUT

1. Rinichi şi suprarenală, ureţer. vezică urinară, apendice, splina, ganglioni ilmtaticl toracici = 5 minute
2. Creier mare, creier mic, trigemen = 3 minute
3. Stomac, intestin subţire şi gros, ficat, pancreas = 5 minute
4. Glandele limfatice = 3 minute
5. Hipcfea =__minute
6. Zonele bolnave

min l J
jnia l l
,,jnin l "l
_rnin f l
min l, l
min l l
min L, l

7. Masaj energetic pe meridian = .
5. Hipofiza-_ minute
6 Zonele bolnave

CU CU

an

min
min

an

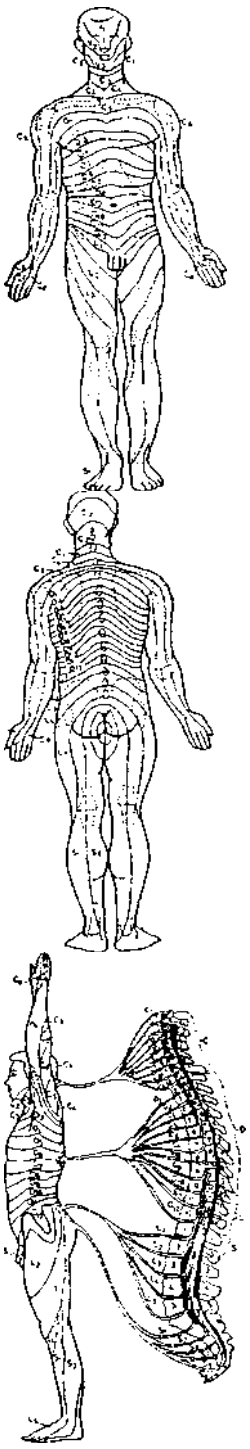
min

7. Masaj enetgetic pe meridian =.

Fig. 73(13,14)

Neuralterapia: Hunecke a constatat că stimularea unor cicatrice tegumentare, care aparent nu au nici o legătură cu o afecţiune internă, determină ameliorarea reflexă a suferinţelor organelor respective. Stimularea se poate realiza printr-un masaj insistent al acestor cicatrice, prin aplicarea lasero-terapiei sau prin injectarea locală de xilină +/- diverse droguri farmaceutice, urmată de masarea punctului de injectare.

6.1.1.7.3. Masajul reflex segmentar
Reprezintă influenţarea ţesuturilor şi organelor profunde prin mecanism reflex datorită acţiunii asupra unui dermatomiotom, corespunzător unui segment vertebral.
Organismul uman acţionează ca un tot unitar psihosomatic la orice maladie, fiecare proces patologic determinând apariţia de reflexe la nivelul ţesuturilor şi organelor, mai ale în regiunile inervate de aceeaşi zonă medulară.
Baza anatomo-fiziologică a masajului reflex este reprezentată de:
• structurile anatomice care participă la acesta:
* sistemul nervos cerebro-spinal:
=> creier,
=> măduva spinării,
=> nervi periferici motori şi senzitivi;
* sistemul nervos vegetativ:
=> centrii simpatici şi parasimpatici (centrii medulari din cornul intermediolateral),
=> periferic (fibre vegetative pre şi post ganglionare, ganglionii vegetativi paravertebrali),
=» centrii speciali (medulosuprarenala, formaţiunea reticulată),
=> centrii de supracoordonare aflaţi la baza diencefalului;
• fiziologia fenomenului reflex:
» arcurile reflexe:
=> periferice = reflexul de axon, ce reprezintă un reflex transmis de la un axon la altul fără participarea sinapselor fiind o cale rapidă periferică;
« cu traiect prin măduva spinării = reflexe medualre:
=> viscero-cutanat,
=> viscero-motor,
=. musculo-muscular,
:=> viscero-visceral,
=> cutivisceral, ce constituie adevărata bază a masajului reflex segmentar:
« reprezintă un complex neural mixt = componenta spinală senzitivă + componenta vegetativă motori (ce se pot combina, printr-o staţie releu, în ganglionii spinali, cu apariţia de reflexe secundare);
» poate determina şi apariţia de arcuri reflexe superioare spre diencefal şi spre scoarţa cerebrală
» arcurile reflexe prezintă o specificitate homolaterală şi segmentară: fenomenele algice şi reflexe apar pe partea corpului unde se găseşte organul sau ţesutul lezat şi acestea pot fi influenţate prin acţiune pe zona metamerică corespunzătoare (3):
Plămâni şi bronhii: C3-C4, D3-D9;
Esofag: D3-D5 bilateral;
Intestin subţire D3-D4;
Apendice: C3-C4, D11-D12 dreapta;
Rect:C3-C4, D11-D12, L1-L2;
. Pancreas: C3-C4, D7-D9 stingă;
. Ureter: D10-L2;
. Uter: D10-L3 bilateral;
> Testicol şi epididim: D12-L5;
> Cord şi aorta descendentă: C3-C4 stâng;
> Stomac: C3-C4 şi D5-D9 stâng;
> Colon ascendent: D9-L1;
> Colon descendent: C3-C4;
> Ficat şi vezica biliară: D6-D10 dreapta;
=> Rinichi: C4;
=> Vezica urinară: D4-L3, S2-S4;
=> Ovar şi anexe: D10-L3 bilateral.



, F/g. *74 (6,7)*

Tehnica generală:

paravertebral la bolnavul în decubit ventral se prinde o zonă de dermatomiotom între police şi index şi prin mişcări de răsucire externă a cotului se realizează stimularea zonei,

pe lângă această manevră generală se pot folosi toate tehnicile cunoscute pe zona de dermatomiotom;

r=> la final se mai pot folosi manipulaţii şi tracţiuni localizate la segmentul vertebral interesat.
Parametrii:
=> intensitatea stimulării depinde de vârstă, sex, tipul constituţional, profesiune;
=> durata stimulării - în medie 20 minute/şedinţă, 2-3 şedinţe/săptămână, câteva săptămâni.
La o aplicare improprie pot apărea diverse reacţii adverse:
=> agravarea statusului general al bolnavului;
=> intensificarea disfuncţionalitâţii ţesuturilor şi organelor afectate;
=> apariţia de dureri şi /sau spasme localizate.
Efectele principale sunt acelea de reglare a statusului anatomo-funcţional al organului şi/sau ţesutului afectat. Indicaţiile şi contraindicaţiite sunt identice cu cele prezentate în partea generală.

6.1.2. Automasajul

Automasajul reprezintă aplicarea masajului asupra propriului corp.
Cunoaşte o largă răspândire şi prezintă o serie de avantaje care l-au impus:
=> se poate aplica oriunde, oricând şi de către oricine cunoaşte tehnica;
=> nu necesită prezenţa maseurului;
=> permite o dozare în funcţie de caracteristicile individuale;
=> *realizează o* bună coordonare între mişcările membrelor şi respiraţie;
=> constituie un bun exerciţiu general nespecific pentru organism;
=> permite aplicarea diverselor tehnici, ca număr şi combinaţie în funcţie de dorinţele şi necesităţile celui care efectuează automasajul.
Dezavantajele minore nu îi scad din eficienţă şi utilizare:
=> nu poate fi aplicat corespunzător pe toate regiunile corpului;
==> nu se pot aplica toate tehnicile;
=> uneori devine obositor.
Se poate efectua:
• *Clasic:* folosind toate manevrele prezentate anterior, în succesiunea dorită, se automasează regiunile corpului într-o ordine prestabilită: picior -> gambă -> genunchi -> coapsă -> regiune fesieră -» şolduri -> spate —> peretele abdominal şi toracic -» degetele mâinilor -> mână ~> antebraţ -> braţ -> umăr -> ceafă şi gât; poate fi aplicat:
=? parţial: local timp de 5-10 minute şi regional timp de 10-20 minute:
=> general: redus timp de 20-30 minute şi extins timp de 50-60 minute;
• *Reflex* folosind metode reflexogene occidentale şi/sau orientale accesibile celui care efectuează masajul, după tehnica specifică, se obţin rezultate favorabile şi în special într-o serie de "disconforturi".

l

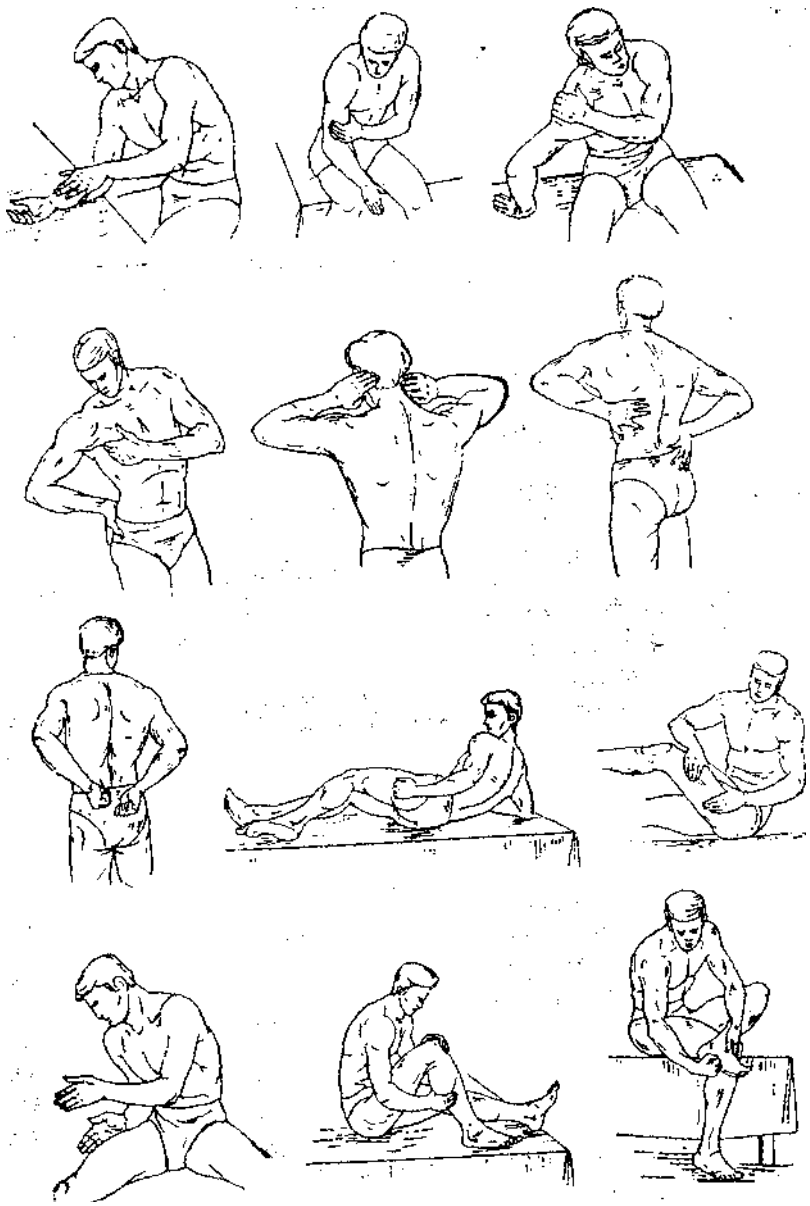
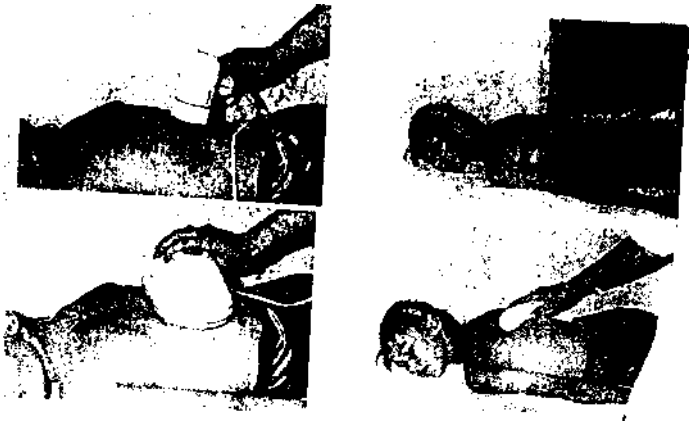


Fig. 75(6,7)



*. *Fig.78*

6.1.3.2. Masajul mecanic nevibrator

Sunt uzitate de asemenea diferite mijloace ajutătoare pentru a *realiza* acest tip de masaj şi pentru a atinge scopurile propuse. Masajul mecanic nevibrator este folosit în special în tratamentul afecţiunilor circulatorii periferice (veno-limfatice şi arteriale).

6.1.3.2.1. Metoda van der Mohlen

Reprezintă varianta mecanică a drenajului limfatic ce se foloseşte după aplicarea celei manuale şi constă în exprimarea mecanică a ede',iului restant cu ajutorul unui tub de cauciuc înfăşurat sub tensiune şi spire de la degete spre rădăcina membrului afectat; astfel după stimularea limfaticelor cu migrarea moleculelor spaţiului interstiţial în colectoarele limfatice prin aplicarea iniţială a variantei manuale Leduc&Godard se accentuează efectul acesteia şi ••' se menţine pentru o perioadă mai îndelungată "stoarcerea" membrului.

6.1.3.2.2. Gheata cu presiune de sucţiune

Gheata Angiomat cu pereţi dubli *realizează* sucţiuni la o presiune de 30-40 mm Hg şi o durată de 5 secunde, urmată de decompresii, ciclul aplicându-se timp de 5 minute. Prin aceste compresii şi decompresii succesive şi centripete ale extremităţii distale a membrelor inferioare, inclusiv a joncţiunii capilare, se favorizează trecerea sângelui din sistemul arterial în cel venolimfatic şi apoi circulaţia de întoarcere. Metoda se poate aplica şi în timpul mersului supravegheat. Recent s-au realizat şi mănuşi de sucţiune.

6.1.3.2.3. Sincardon

Reprezintă un aparat de stimulare electrică intensă a traiectului vaselor sincaron cu unde R de pe EKG. Poate fi aplicat atât la membrele superioare, cât şi la cele inferioare, static sau în timpul unor efectuări cotidiene. Este folosit în special în afecţiunile arteriale periferice.

6.2. MASAJUL UMED (2,3,4,9,16,20,21)

Masajul umed îşi datorează efectul factorului mecanic şi termic.

Factorul mecanic, deşi uneori are o intensitate mai mică decât cel al masajului clasic manual (dar nu întotdeauna, uneori fiind chiar mai mare), are acelaşi efect. Suprapunerea factorului termic şi, uneori, şi a altor factori adjuvanţi sporeşte efectul primului, atât în ceea ce priveşte rapiditatea instalării efectelor specifice, a persistenţei lor în timp, cât şi reglarea cât mai rapidă a "disbalanţei" organismului.

Masajul umed poate precede sau succede masajul clasic uscat, în

ambele cazuri, conform cercetărilor in domeniu, efectele lor se potenţează în proporţie geometrică.
Din punct de vedere al termoreglării organismul prezintă 2 zone de reacţie fiziologică: o zonă periferică cu caracter poikiloterm ("coaja", în care sunt incluse tegumentul cu receptorii săi tactili şi termici, ţesutul adipos şi extremităţile, cu conţinutul lor) şi o zonă centrală cu caracter homeoterm ("miezul", în care sunt incluse capul, toracele, abdomenul şi pelvisul, cu conţinutul lor).
Aprecierea rapidă a efectului masajului umed se realizează prin evaluarea reacţiei dermo-vasculare, ce se află sub influenţa excitaţiilor termice şi mecanice determinate de acest tip de masaj.
Se prezintă în continuare categoriile metodologice de masaj umed (3, 6,7, 10, 12, 13).

6.2.1. Masajul umed clasic

6.2.1.1. Fricţiunile

Fricţiunile sunt proceduri la care pe lângă **factorul termic intervine şi** factorul mecanic într-o măsură destul de accentuată.
Ele se pot clasifica după următoarele criterii:

- *După temperatură:*

* *reci,* de 16-18[9] Celsius;
» *alternante,* de 38-40[9] Celsius cu 16-18[9] Celsius.

- *După regiunea şi modul de aplicare:*

4 *parţiale,* ce interesează extremităţile:
=> *reci* - bolnavul dezbrăcat este aşezat pe un pat şi este învelit în cearşaf şi pătură, având descoperită numai extremitatea asupra căreia se acţionează. Cu un prosop înmuiat în apă rece şi bine stors se acoperă membrul respectiv, se fixează bine prosopul la rădăcina membrului şi apoi se fricţionează rapid cu ambele mâini peste corp, cu mişcări lungi, până ce acesta se încălzeşte uşor. Apoi se *acoperă* extremitatea cu cearşaful cu care este învelit bolnavul şi se repetă procedura, în final se acoperă cu pătura şi se trece apoi la alt membru.

Masajul mecanic (13,14,15,16,18,19,21)

. Masajul mecanic vibrator

Acest tip de masaj se realizează cu ajutorul unor aparate şi dispozitive speciale. Componenta mecanică are o pondere variabilă, producând de la un "micromasaj" local la un "electromasaj" local cu efectele unui masaj de asemenea variată, în funcţie de intensitatea stimulării şi până la vibraţia întregului corp. Se prezintă în continuare modalităţile tehnice de realizare.

6.1.3.1.1. Dispozitive ce realizează un micromasaj şi electromasaj local

• *Diferite tipuri de impulsuri de curent electric şi câmp magnetic*

Impulsurile de curent electric pot aparţine domeniului:

* joasă frecvenţă (0-1000 Hz):

* impulsuri de tip rectangular, exponenţial, trapezoidal şi, mai rar, sinusoidal şi triunghiular, fiind aplicate în trenuri de impulsuri simple sau ondulate; frecvenţele de aplicare determină efecte diferite:

=» frecvenţe mai mici de 10 Hz - efect excitomotor al muşchilor striaţi normoinervaţi,

=> frecvenţe de 12-35 Hz - efect decontracturant şi vasculotrofic,

=> frecvenţe de 80-100 Hz - efect analgezic;

* curenţii diadinamici sunt derivaţi din curentul sinusoidal redresat şi modulaţi exponenţial pe panta descendentă, având efecte dinamogene predominant în frecvenţa de 50 Hz;

» medie frecvenţă (1.000-100.000 Hz) interferenţiale în domeniul 0-100 Hz (unde se aplică formulele anterioare), ce poate fi aplicată în tehnică:

» stabilă

=> plană, cu electrozi tip placă, tip pernuţă sau cu vacuum,

=> spaţială (stereo), cu doi electrozi stelaţi;

» cinematică, cu electrozi palmari (mânuşă), care permite efectuarea în dinamică a electromasajului pe diferite regiuni ale organismului;

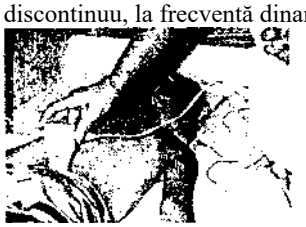
* înaltă frecvenţă (100 kHz - 50 MHz), sub formă de unde electromagnetice din domeniul undelor scurte (frecvenţa - 27 MHz, lungimea de undă - 11,06 m) pulsatile (diapulse, curapulse):

» impulsurile de câmp magnetic generate de magnetodiaflux sub forma regimurilor întrerupte, modulate ritmic sau aritmie, creează un micromasaj la nivelul celulelor, cu efect asupra macrosistemului.

Unde mecanice

» Undele mecanice se aplică sub forma ultrasunetului (aparţinând domeniului înaltei frecvenţe), a cărui componentă fundamentală este cea mecanică, realizând un micromasaj prin "vibrarea" celulelor cu o amplitudine ce este de 100 de ori mai mare decât diametrul acestora.

* Ultrasunetul se poate aplica direct (prin intermediul unei substanţe de contact) sau indirect (în apă), sub formă de câmp continuu sau discontinuu, la frecventă dinamică de 50 Hz.



F/g. *76*

Fig. 77

6.1.3.1.2. Dispozitive ce realizează masaj vibrator

• *Ventuze cu vid* '•'•'"

* Reprezintă ventuze speciale ataşate la o pompă de vid ce creează alternaţia cu vacuum de 0,4 kg/cm^2 în trenuri de impulsuri de 15-30-

60 impulsuri/minut. Astfel se realizează sucţiuni şi decompresii succesive ale ţesuturilor, cu intensitatea unui masaj clasic.

* La acestea, prin intermediul unor electrozi introduşi în ventuze, se pot aplica şi variate forme de impulsuri de curent electric, în acest fel acţiunea şi efectele celor două proceduri se însumează.

• *Fotolii, mese, pături vibratorii (oscilante)*

» Un angrenaj mecanic asociat acestora realizează oscilaţii cu frecvenţă mare şi amplitudine mică, sau cu frecvenţă mică şi amplitudine mare, a întregului dispozitiv sau numai a unor părţi. De asemenea, în timpul vibraţiilor dispozitivul poate bascula în diverse direcţii. Frecvenţe de oscilaţii sunt stabilite în urma unor studii statistice.

» în acest fel se realizează un masaj vibrator al întregului organism, inclusiv al organelor interne, cu angrenarea lor într-un ritm de oscilaţie "fiziologic".

* Unul dintre cele mai vechi şi mai cunoscute aparate de acest tip este patul oscilant (frenocinetic) al lui Maccagno.

• *Aparate vibratorii portabile*

» Datorită faptului că dispozitivele precedente sunt relativ complicate, ocupă un spaţiu mare şi sunt relativ greu de manipulat, în ultima perioadă au fost create o serie de dispozitive portabile.

* Acestea sunt uşoare şi simplu de manipulat. Se folosesc pentru masajul parţial utilizând aceleaşi frecvenţe vibratorii verificate statistic şi având "capul de masaj" al aparatului interschimbabil, datorită formelor diferite ce accentuează anumite efecte.

=> ***alternante*** - se foloseşte aceeaşi tehnică, dar prosopul iniţial este înmuiat în apă caldă, apoi urmează cel rece, cu parcurgerea aceloraşi etape.
» ***complete,*** de obicei reci şi numai rareori alternante:
=> ***parţial complete*** - se fricţionează într-o succesiune prestabilită a tuturor segmentelor corpului, terapeutul stând în partea dreaptă a bolnavului (membrul inferior stâng -> membrul inferior drept -» • spatele -> pieptul şi părţile laterale ale toracelui, abdomenul în sensul evacuării intestinale -» membrul superior stâng -> membrul superior drept). După fiecare fricţionare regiunea respectivă se învelește în cearşaf şi pătură.
=> ***total complete*** - iniţial bolnavul se udă cu apă rece pe faţă şi i se aplică o compresă rece pe frunte, pentru evitarea congestiei cerebrale retroactive. Cearşaful folosit se înmoaie în apă, se stoarce iar bolnavul, stând în picioare este invitat să ridice braţele şi apoi se înfăşoară în cearşaf după o anumită metodologie (un colţ al cearşafului se aplică în axila stângă şi de acolo în spate peste umărul drept -> bolnavul coboară braţele peste cearşaf care este înfăşurat apoi peste umărul drept -> se trece peste faţa anterioară a toracelui şi apoi peste umărul stâng, iar marginea superioară a cearşafului se aplică bine în jurul gâtului). Apoi dintr-o parte a bolnavului, se execută fricţiuni lungi şi repezi, de la gât până la picioare, mergând cu mâinile pe faţa anterioară şi posterioară în sens contrar. Se trece în faţa bolnavului şi se fricţionează părţile laterale. Fricţiunea se efectuează până la încălzirea cearşafului. La terminare se şterge rapid bolnavul şi fie este învelit într-un cearşaf uscat şi lăsat să se odihnească, fie i se recomandă o plimbare de 2 ore
Efectul fricţiunii complete poate fi întărit de:
=> ***Baia de cearşaf*** - după terminarea fricţiunii se aruncă puternic de jos în sus, peste cearşaf, de la 1-3 m, câte o găleată cu apă rece. Apoi se loveşte cu palmele întreaga suprafaţă până se încălzeşte. La terminare se continuă ca la fricţiunea completă.
=» ***Baia de curent de aer,*** indiferent dacă este urmată sau nu de baia de cearşaf - la terminarea fricţiunii se aplică un cearşaf uscat peste gâtul bolnavului cu colţurile peste umeri şi care sunt ţinute de către acesta cu ambele mâini. Terapeutul prinde colţurile opuse şi execută vânturări de sus în jos până se înroşesc tegumentele.

6.2.1.2. Spălările

Sunt proceduri la care acţionează în principal factorul termic, acţiunea celui mecanic fiind mai redusă, dar totuşi existentă şi favorizând acţiunea primului.
Spălările se realizează cu un prosop înmuiat în apă, la temperatura indicată, care se stoarce uşor. Cu mişcări lungi de sus în jos şi invers, repetate de 5-6 ori, se spală apoi regiunea respectivă. La final se şterge cu cearşaful de învelit şi apoi se acoperă.
Spălările se clasifică după următoarele criterii:
• ***Temperatură:***
=> ***reci,*** de 18-22[9] C;
=***. calde,*** de 38-40[2] C;
=• ***alternante,*** de 38-40[9] C, urmate de 18-22[2] C. ,
• ***Regiune şi metodologie:***
> ***parţiale:***
—• ale extremităţilor - iniţial faţa anterioară şi apoi posterioară,
=> superioare şi inferioare - iniţial faţa posterioară, apoi anterioară, iar în final părţile laterale;
>• ***complete*** - bolnavului în picioare i se spală întâi partea posterioară a corpului, de la călcâie la ceafă, apoi partea anterioară, de la degete la bărbie, ulterior părţile laterale, ce cuprind şi membrele superioare, şi, în final, partea anterioară a membrelor inferioare.

6.2.1.3. Afuziunile

Afuziunile constau din turnări de apă fără presiune asupra diverselor regiuni ale corpului, cu o stropitoare fără rozetă sau cu un furtun. La fel ca la spălare acţiunea factorului termic este cea mai importantă, fără a o

neglija însă pe cea a celui mecanic.
Afuziunile pot fi clasificate după următoarele criterii:
• ***Temperatură:***
=• *reci,* de 18-22[9] C;
=:, ***calde,*** de 38-40[9] C;
=-- *alternante,* de 38-40[2] C, urmate de 18-22[9] C.
» *Regiune şi metodologie:*
» *parţiale:*
^> ***la membrele inferioare*** - la bolnavul în ortostatism, începându-se cu zona posterioară internă şi externă, apoi cea anterioară internă şi externă:
o la labe,
o la genunchi,
o la coapse;
—. ***Ia braţe*** - bolnavul şezând se începe turnarea de la police în sus pe faţa internă până la umăr şi se coboară pe faţa externă;
=;• ***superioară*** - bolnavul în sprijin cu spatele mai sus decât umerii, îşi apără cu o mână ceafa şi se toarnă de-a lungul coloanei vertebrale, din zona lombară până la ceafă, executând concomitent şi mişcări de lateralitate;

=> *la ceafă* - aceeaşi poziţie ca anterior, dar se toarnă la nivelul cefei o cană de 2-3 l, având grijă să nu udăm părul;
* *completă* - la bolnavul în ortostatism se încep turnările pe partea posterioară ascendent, de la călcâi la omoplat, se trece prin zona interscapulară şi se coboară pe partea opusă; apoi se întoarce bolnavul şi se toarnă după aceeaşi regulă;
* *fulger* - după aceeaşi metodologie ca la cea completă, la care se adaugă şi părţile laterale, apoi se aplică un duş cu presiune de 1,5 atmosfere de la 3 - 5 m (factorul mecanic devine predominant aici).

6.2.1.4. Băile

Factorului termic şi mecanic i se adaugă la băile simple şi imersia în apă, suportată de diferitele regiuni ale corpului sau corpul în întregime, şi efectul diferiţilor adjuvanţi la băile medicinale

Băile se clasifică după temperatură, regiune şi metodologie în modul următor:

• *Băi simple:*
* *generale:*
» *la temperatura de indiferenţă* de 34-3S[9] C:
=> *tonicizante,* cu o durată de 10-15 minute;
=> *calmante,* cu o durată de 15-30-60 minute;
* *reci,* de 18-20° C, şi *răcoroase,* de 20-23[9] C:
=> *băi reci complete excitante,* cu o durată de 10-30 secunde până la 1 minut, la care se aplică în prealabil o spălare a feţei cu apă rece;
=? *băi de imersiune reci, excitante şi Ionizante* - 3-5 imersii de 3-10 secunde, bolnavul fiind aşezat pe un cearşaf cu care este imersionat;
=> *baia cu valuri* - într-o vană umplută [1]/2 sau [3]*Â* cu apă se aşează bolnavul cu picioarele îndepărtate şi îndoite din genunchi şi se produc valuri, cu sensul de la picioare spre umeri, cu un dispozitiv aşezat între picioarele bolnavului, timp de 3-5 minute.
=> *baia de jumătate* ("halbbad"):
e într-o vană umplută cu apă la un nivel de 25-30 cm se aşează bolnavul cu jumătatea inferioară imersată până la ombilic;
e bolnavul îşi spală faţa şi îşi aruncă apă sau se fricţionează pe mâini, torace, abdomen;
. *0* cu o cană de 1-1,5 l, din poziţie laterală şi puţin înapoia bolnavului, se fac turnări puternice asupra spatelui şi umerilor, de 8-15 ori, şi apoi se realizează fricţiuni rapide cu
. . apă pe spate şi părţile laterale ale toracelui;
e pacientul se culcă pe spate, îşi îndepărtează picioarele şi din dreapta picioarelor se fac 8-15 turnări pe piept;

a terapeutul trece rapid la capul bolnavului şi fricţionează sub apă în ordine părţile anterioară şi laterale ale toracelui, apoi abdomenul, în sensul evacuării intestinale;
Q se fricţionează, cu mişcări lungi sub apă, membrul superior de partea opusă şi apoi de aceeaşi parte şi membrele inferioare în aceeaşi ordine;
=> *baia cu peria:*

a bolnavul, aşezat într-o vană umplută *V*,* îşi spală faţa;
o cu mişcări lungi şi înmuind peria de fiecare dată când coboară se spală spatele;
o bolnavul se lungeşte pe spate şi se periază sub apă în ordine, toracele, pe faţa anterioară şi părţile laterale cu mişcări verticale,
; abdomenul cu mişcări circulare în sensul evacuării intestinale, membrul superior de partea opusă şi apoi de aceeaşi parte pe feţe anterioare şi posterioare şi fără a neglija palmele, partea anterioară şi posterioară a membrelor inferioare, regiunea fesieră;
o bolnavul se ridică puţin sprijinit pe călcâie şi braţe şi periajul se reia încă o dată în aceeaşi ordine;
» *calde,* de 36-39° C, şi *fierbinţi,* de 40-43^{Q} C:
» bă; *calde:*
,, => *simple,* de 3G-37^{9} C, cu o durată de 15-30 minute;
=> *kinetoterapeutice,* de 36-37^{a} C, cu o durată de 20-30 minute:
o într-o vană umplută % bolnavul este lăsat liniştit 5 minute;
o timp de 5 minute se execută pasiv, dinspre distal spre proxima!, toate mişcările posibile ale articulaţiilor membrului inferior opus şi de aceeaşi parte, membrului superior opus şi de aceeaşi parte, corpului şi coloanei cervicale,
o bolnavul se odihneşte 5 minute;
o timp de 5 minute execută activ aceleaşi mişcări în această ordine;
o bolnavul se odihneşte 5 minute;
o bolnavul se şterge şi este lăsat să se odihnească, uşor acoperit.
=> *cu masaj* (factorul mecanic devine primordial) - într-o baie de 36-39^{a} C, cu vana umplută %, se execută masajul după tehnica cunoscută, pe zona indicată sau general.
* *băi fierbinţi:*
=> *complete (piretoterapie)* - într-o vană cu apă de *35*° C, după 2 minute de şedere, se creşte temperatura apei cu 1^{2} C / minut, până când ajunge cu 23^{9} C mai mare decât temperatura corpului, bolnavul fiind menţinut astfel 1 - 1 ^{1}/2 ore;
=> *simple* - într-o baie de 40-43 ° C se stă 1 minut pentru efecte calmante şi 5-10 minute pentru efecte excitante.

» *parţiale:*
» *de mâini, de picioare sau de şezut* - în recipiente în care membrele pot fi introduse până la coate sau până la genunchi sau regiunea fesieră în întregime se realizează băi:
=> *reci,* de 15-18[8] C, cu o durată de 1-5 minute;
=> *calde,* de 38-40[2] C, sau *fierbinţi,* de 40-45[S] C, cu o durată de 10-20 minute;
=> *alternante* - băi calde de 40[2] C timp de 2-3 minute, apoi băi reci de 15-18° C timp de 20-30 secunde, cu repetarea alternantă de 3-5 ori;
=> *ascendente (Hauffe)* - când apei de 36° C i se creşte temperatura cu 1[9] C/ 1-2 minute, până la temperatura de 40-44[3] C, cu durata totală de 15-30 minute;
« *speciale:*
=> *plimbatul prin vană sau prin râu* de 10-20 cm, timp de 5-10 minute, dimineaţa cu picioarele goale;
=> *călcatul prin apă* - în apă rece sub 15° C şi la un nivel de 10-15 cm bolnavul se plimbă 1-5 minute cu picioarele goale;
• *Băi medicinale:*
» *cu ingrediente chimice* (iod, sulf, sare, sublimat, săpun), *plante medicinale* şi *substanţe organice înrudite* (malţ, tarate de grâu, amidon, flori de fân, muştar, mentă, coajă de stejar sau castan, muştar) - într-o vană cu apă de 25-3S[9] C se introduc, în anumite proporţii, substanţele respective şi bolnavul se îmbăiază timp de 5-10-20 minute. La efectul termic şi mecanic se adaugă cel specific adjuvantului, ele completându-se reciproc. Totodată apare o stare de bine a bolnavului, cu creşterea confortului fizic şi psihic.
» *cu bule de diverse gaze* (CO_2, O_2) - într-o vană cu apă la 30-35[3] C se introduce gazul în apă de la un tub, printr-un furtun legat la un capăt de un manometru de presiune şi prin celălalt la un generator de bule. Durata băii este de 5-20 minute. Bulele aderă la firele de păr ale tegumentului şi *realizează* un "micromasaj" local. Totodată prin excitarea receptorilor periferici se generează o vasodilataţie locală şi un schimb termic între zona centrală şi periferică a organismului. Rolul factorului mecanic este mic, însă cu efecte benefice.

6.2.1.5. Duşurile

Duşurile sunt aplicaţii de apă cu temperatură variabilă sub presiune, cu ajutorul unor dispozitive speciale. Factorul mecanic se adaugă celui ^ termic, căpătând o importanţă cel puţin egală.
Duşurile se clasifică în modul următor:
« *După temperatura apei:*
» *reci,* de 18-20" C, timp de 0,5-1,5 minute, cu caracter excitant
* *calde,* de 38-40° C, şi *fierbinţi,* de 45[S] C, care în aplicaţie sub 5 minute au efect calmant, iar în aplicaţie peste 5 minute au efect excitant;

* *alternante,* de 38-40[Q] C, timp de 40 secunde, cu cele de **18-20*0, timp** de 10-15 secunde, având efecte tonifiante;
• *După forma jetului produs de dispozitivul de evacuare:*
» *duşuri rozetă,* cu efect calmant;
* *duşuri sită,* cu efect tonifiant;
» *duşuri sul,* cu efect excitant (dacă se aplică sub forma duşului alternant, cu o presiune de 1,5-2 atm şi de la o distanţă de 2-4 m, cu 2-4 alternaţii, realizează "duşul scoţian");
• *După direcţia de aplicare a jetului:*
* *orizontale;*
* *verticale* ascendente sau descendente, de tip:
=> general]
=> *local* - duş de şezut.

6.2.2. Masajul umed special

Băile cu vârtej de apă (whirl-pool)
într-o vană cu apă la temperaturi variate, cuprinse între 18 ° C şi 39 °

C, se realizează vârtejuri de apă, fie prin mijloace rotatorii, fie prin diuze, care introduc aer sub presiune. Factorul mecanic este dominant, realizând un masaj tonic general.

Duşul masaj

Se aplică mai multe duşuri rozetă de 38 - 40^{2} C, verticale, timp de 8-15 minute, perioadă în care se efectuează şi masajul parţial (de obicei) sau general (mai rar). Componenta mecanică este foarte importantă în acest caz.

Duşul subacval

într-o vană cu apă la 35 - 38^{9} C se aplică duşul sub apă la o temperatură cu 1-2° C mai mare decât temperatura vanei şi o presiune a jetului de 1-3 atm, pe direcţie oblică menajantă sau perpendiculară tonifiantă, la o deschidere de 1-5 cm şi folosind o diuză sită (sedativă) sau sul (tonifiantă).

Terapia cu factori contrastanţi (cura Kneipp)

Din această categorie fac parte:

- băi în bazine cu apă termală în aer liber, urmate de duşuri reci;
- bazine de mers : mers lent prin apă caldă de 38-40° C şi întors rapid prin apă rece de 18-20^{a} C, 4-5 alternanţe;
- helioterapie, urmată în ordine de oncţiuni cu nămol rece, băi de lac şi masaj uscat.

Masajul cu gheaţă

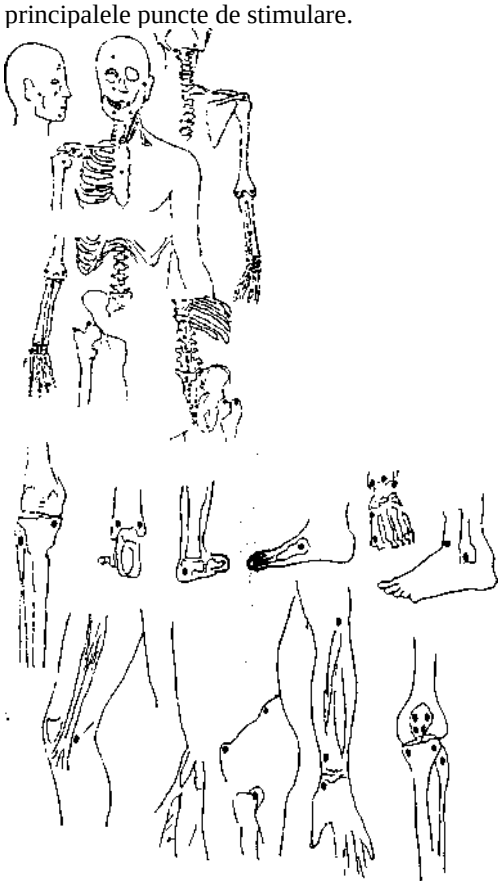
Cu un calup mare de gheaţă se freacă uşor zona algică şi/sau contracturată, cu mişcări alternate în ambele sensuri şi circulare, până când apare analgezia (în medie 5-7 minute). Este urmat obligatoriu de mişcări şi manevre.

6.3. MASAJUL ORIENTAL (5,8, 9, 10, 11,22)

6.3.1. Masajul oriental neenergetic

6.3.1.1. Osteopresura (masajul periostal)

Stimularea periostului face parte din metodele reflexoterapice orientale. Stimularea este efectuată pe o proeminenţă osoasă. Redăm mai jos principalele puncte de stimulare.



W

. 79. Principalele zone de osteopresură (9)

Stimularea se *realizează* prin mişcări rapide şi persistente de fricţiune şi frământat locale şi efectuate pe *o afle* mai mică şi cu o intensitate mai mare decât uzual, astfel încât periostul proeminent să fie atins. Efectele favorabile pot fi explicate prin reacţiile reflexe vasomotorii sau prin inducerea unui "potenţial de injurie" (legat de proprietăţile ţesutului colagenic ce realizează trama periostală).

Metoda este folosită cu succes în traumatismele osoase şi neuro-musculare fără leziuni mecanice distructive.

6.3.1.2. Digitopresura (presopunctura)

Stimularea punctelor de acupunctura prin presiune digitală (alături de instrumente speciale sau improvizate, cum ar fi beţigaşe de lemn, capătul rotunjit al unui instrument de scris) mai poartă denumirea improprie de acupresură. Punctele se masează cu pulpa degetului sau cu unghia, prin mişcări circulare intermitente, uşoare şi rapide, timp de 1-2 minute în suferinţele acute sau rare, respectiv puternice, timp de 5-10 minute, în suferinţele cronice. Terapia se realizează pe bolnavul în decubit şi acesta rămâne culcat încă 20 minute după terminarea şedinţei.

Ea este indicată în special în afecţiunile aparatului neuro-musculo-artro-kinetic de tip Yin (în care domină sindromul algic) şi în afecţiunile psihosomatice.

Mecanismul de acţiune se *bazează* pe principiile acupuncturii şi în special pe relaţia Yin-Yang. Neurofiziologii occidentali leagă mecanismul de acţiune de zdrobirea ţesuturilor subiacente tegumentului, cu eliberarea unor

mediatori chimici locali ce *realizează zone* de hiperemie şi a unui potenţial electric de leziune. Ele declanşează reflexe locale şi la distanţă.
Locul de aplicare este foarte variat: punctele de acupunctura localizate pe corp şi cele din microsisteme. Prezentăm în continuare principalele metodologii de aplicare.
6.3.1.2.1. Craniopresura , .

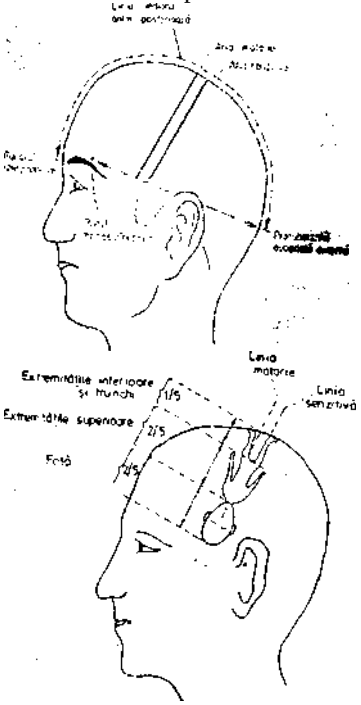


Fig. 80. Proiecţia zonelor active şi a corpului uman (8)

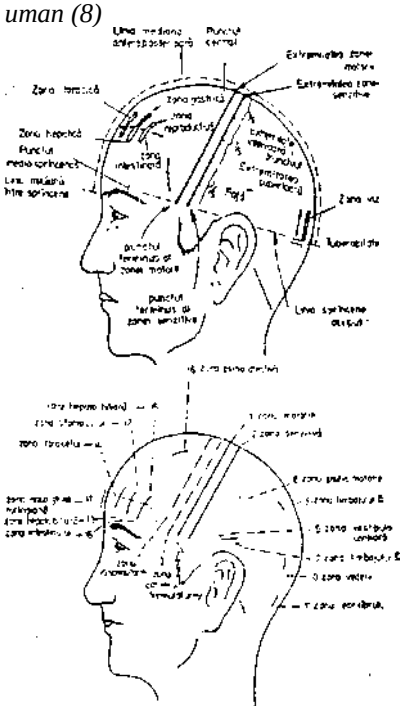


Fig. 80 (continuare). Proiecţiile motorii, vasomotorii şi senzoriale

6.3.1.2.2. Faciopresura

Fig. 81. Cele 24 de puncte fadale(8)
I - craniu şi faţă; 2 - gât; 3 - plămân; 4 - cord;
5 - ficat; 6 - splină; 7 - uter; veziculă;
8 - vezica biliară; 9 - stomac; 10 - sân;
II - coapsă; 12 - intestin subţire; 13 - intestin
gros; 14 - umăr; 15 - braţ; 16 - mână;
17 - rinichi; 18 - ombilic; 19 - lombe;
20 - coapsă; 21 - genunchi; 22 - rotulă;
23 - gambă; 24 - picior.

6.3.1.2.3. Rinopresura (nazopresura)

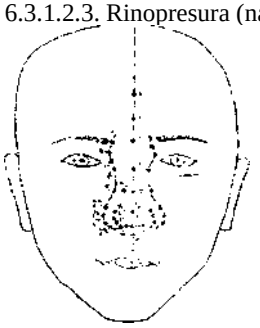


Fig. 82. Cele 23 de puncte de proiecţie nazală (8)
1 - craniu şi faţă; 2 - gât; 3 - plămân; 4 - cord;
5 - ficat; 6 - splină; 7 - rinichi; 8 - organe
genitale externe; 9 - ovar sau testicol;
10 - vezicula biliară; 11 - stomac; 12 - intestin
subţire; 13 - intestin gros; 14 - vezică;
15 - ureche; 16 - piept; 17 - sân; 18 - ceafă şi
spate; 19 - lombe; 20 - membru superior;
21 - şold şi coapsă; 22 - genunchi şi gambă;
23 - picior şi degete.

6.3.1.2.4. Auriculopresura

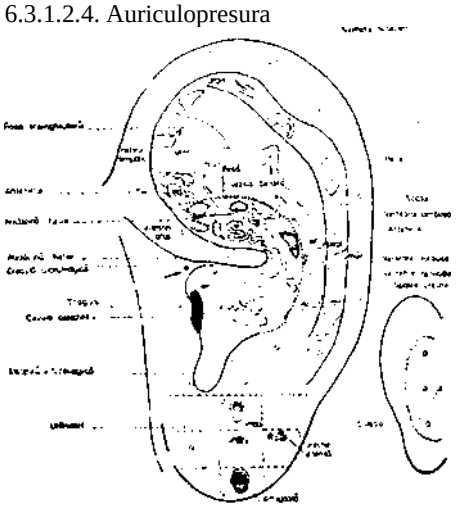
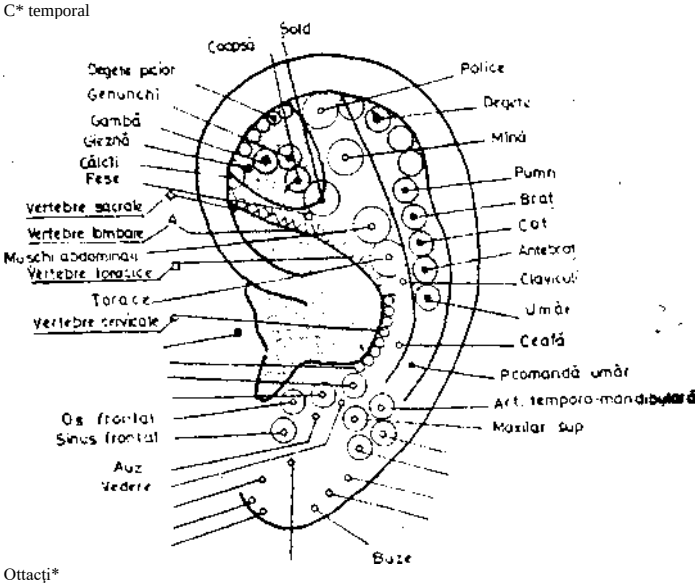


Fig. 83. Proiecţia auriculară
organo-funcţională
chinezească (8)

p comanda piele

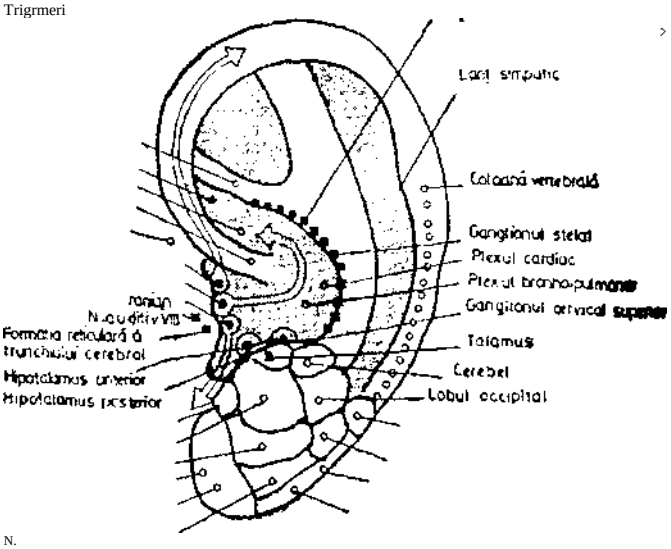
Atlas
Os occipital
C* temporal



Ottacţi*
(sas
Obraji
- ,v an dibui 5
L[1] mt)Q
'* jrecht externa
Sensibilitate ţaţă
Ochi

Fig. 84. *Proiecţia auriculară a sistemului musculo-scheletal şi senzorial (8)*

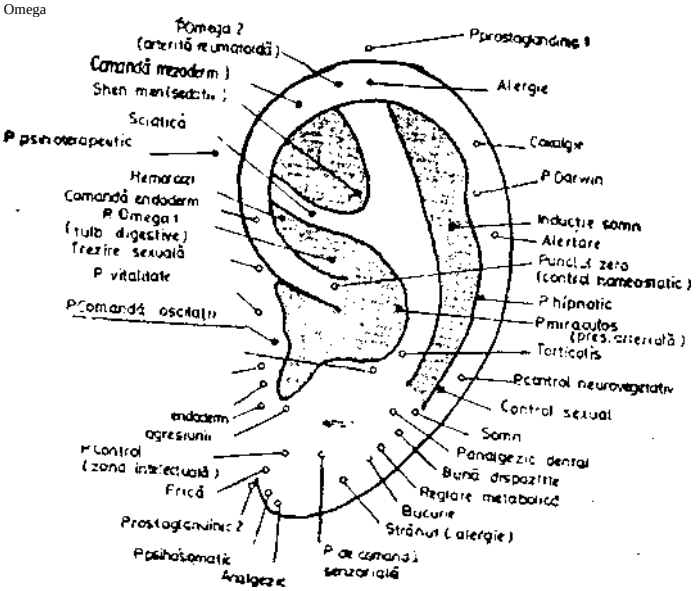
Lom îirţxKk.
(Funcţii metdboli
Pui»! scran-
Nucleul uic)«mcr.uLui
Trigrmeri



N.
Piei hipcxjas'.ric
H splanhic
Pinul solar
Corpul cai o s
': sacral
N. vag
H. pcrasimpal c
l limbtc
Lotul temporal
Lobul parietal
M optic O
liontal
Cer i ciul motor

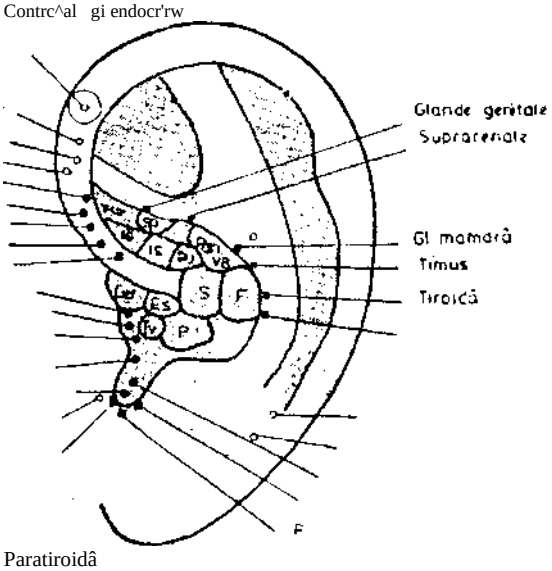
Fig. 85. Proiecţia auriculară a sistemului nervos (8)

Vertij
Punct Mdaliv
Comanad r,tm$_{Grecdk:n}$
Comandă
Controlul
Omega



F/g. 86. *Proiecţia auriculară a funcţiilor generale (8)*

ftinich.
Anus
ProstalO
Ur«lra
Va ţ in
Frec t
ui si ovar
Fannqe
Am^doli
Lcnngt
Ftoladmâ
H tropic pdfotiroidian
E
punct supraienai
(ACTM)
5H Vegetativ- ^t.patic
Contrc^al gi endocr'rw

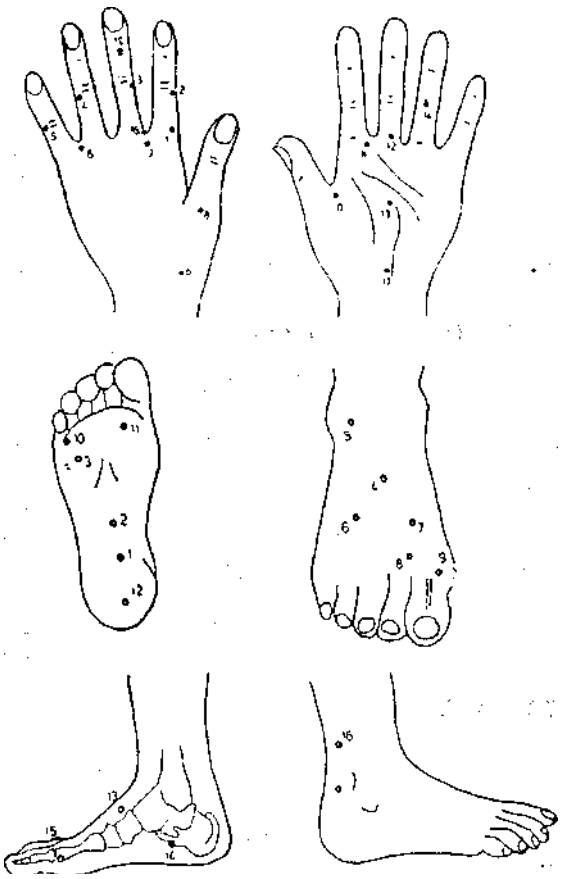


Paratiroidâ
Parotidă
Gl salivare
Hipotizâ
P G<rMtQi (h annidotrop,)
liroidfcn (h lir«otrop(j

F/g. 87. *Proiecţia auriculară a organelor interne (8)*

6.3.1.2.5. Mano şi podopresura

. Pe *punctele de acupunctura **specific*** locale



F/g. 88. Ce/e 7 7 *puncte ale mâinii şi cele 15 ale piciorului, folosite pentni mano şi pedopresură (8)*

1 - umăr; 2 - f runte; 3 - vertex; 4 - migrenă; 5 - occipit; 6 - nerv sciatic; 7 - ceafă; 8 - cefalee; 9 - nas; 10 - isterie; 11 - tuse; 12 - ulceraţii bucale; 13-hiperhidroză; 14-ficat; 15-sughiţ; 16-antipiretic; 17-anticonvulsivant.

1 - nevroză, insomnie, hipertensiune arterială; 2 - astenie, hepatită; 3 - odontalgii; 4 - sciatică; 5 - redoare cervicală; 6 - lombalgii; 7 - amigdalite; 8 - eczeme, urticarie; 9-enurezis, polakiurie; 10-odontalgii; 11 -rinite; răceli; 12-hipotensiune arterială; 13-metroragii funcţionale; 14-epilepsie, isterie, neurastenie; 15 - cefalee, dureri abdominale.

6.3.1.3. General: metoda "Touch for health" ("a atinge pentru a vindeca")

Datorită complexităţii metodelor anterioare, recent se practică în occident o metodă simplificată care se *bazează* pe legătura energetică dintre un meridian energetic şi muşchiul pe care îl străbate, în special legat de zonele de concentrare energetică.

Meridianul	Ora executării manevrei	Muşchiul tastat	Felul manevrei
Inima	11-13	subscapular cvadriceps pwonter	Membrul superior la orizontală şi cotul îndoit va fi împins înainte
intestin subţire	13-15 15-17		Genunchiul îndoit va fi împins înainte
Vezica urinara			Laba piciorului împinsă înăuntru -:^>
Rinichi	17-19		
Vase sex			
psoas iliac	Membrul inferior riciicat la 45° şi împins uşor în afara		
"V,			
Trei focare	19-21		
21-23			
fesierul mijlociu	Membrele inferioare depârtaIG vor fi apropiate		
^^_			
micul rotund	Membrul superioj cu cotul îndoit va fi dus în faţă (cu sprijinirea cotului)		

- 91 (9)

Meridianul	Ora executării manevrei	Muşchiul testat	Felul manevrei
Vezica biliară	23-1	deltoid (fascicule anterioare)	Membrul superior întins si depărtat de corp va fi apăsat In jos, uşor «*^
Ficat	1-3	marele pectoral	Membrul superior la orizontala va fi împins în sus ^

Hiiinilii mffian	3-6	marele dinţat	Membrul superior ridicat mai sus de onzontalâ va fi tras înapoi *9£-*
bitecfngros	5-7	fascia iato	Membrul inferior ridicat la' 45° va fi rotit înăuntru
Stomac	7-9	marele pectoral	Membrul superior din pozi-ţia orizontala va fi tras in afară IH$
Splina pancreas	9-11	marele dorsal	Membrul supenor lipit de corp va fi tras în afară

134

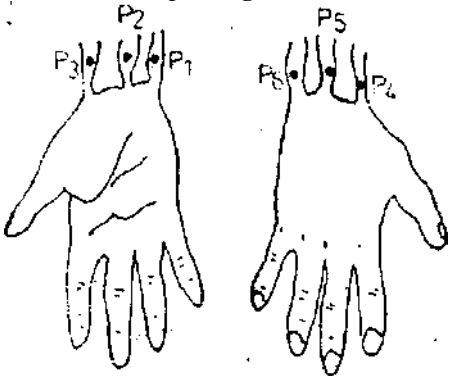
Fig. 91 (continuare) (9)

Iniţial se testează starea energetică a meridianului respectiv, fie prin aprecierea tonusului muşchiului "corespondent" fie prin realizarea unor mişcări care testează funcţionalitatea muşchiului, ce este legată de starea energetică a meridianului.

Apoi se continuă mişcarea respectivă pentru o "reechilibrare energetică generală" uşoară. Ulterior reechilibrarea se realizează fie prin masarea muşchiului respectiv (metoda occidentală simplificată) fie prin masarea punctelor şi meridianelor respective (ce se încadrează în metodele combinate chinezeşti Ngam sau Tao Inn)

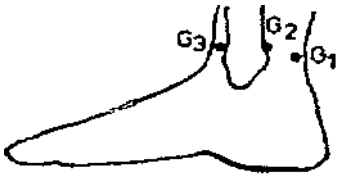
135

- *Pe sistemul pumn-gleznă*

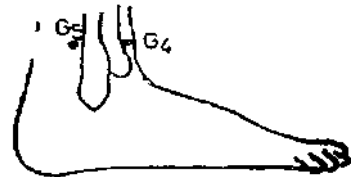


Fa'c

Fata dorsală



Intern



06/.

Extern

Fig. 89. Punctele din jurul pumnului şi din jurul gleznei (8)

P1:boli bilaterale (cefalee, dureri oculare, odontalgii, tulburări de vedere, răceală, angină, tuse, sughiţ, nevralgii de trigemen), boli generalizate (hipertensiune arterială, insomnie, transpiraţii, dureri generalizate, urticarie);

P2: boli apărute de o parte a corpului (cefalee temporală, odontalgii, dureri toracice, senzaţia de plenitudine toracică, astm, dureri palmare, amorţeli ale degetelor);

P3: hipertensiune arterială;

P4: cefalee în vertex, surditate, disfuncţii ale articulaţiei temporo-mandibulare, dureri articulare scapulo-humerale;

P5: cefalee temporală posterioară, redoare de ceafă, dureri ale umărului, paralizii ale membrului superior, tremurături ale degetelor, dureri ale cotului, pumnului, degetelor;

G1: dureri şi distensii abdominale superioare, dureri periombilicale, tulburări menstruale, leucoree, enurezis, dureri ale călcâielor;

G2: dureri în zona hepatică, dureri abdominale laterale;

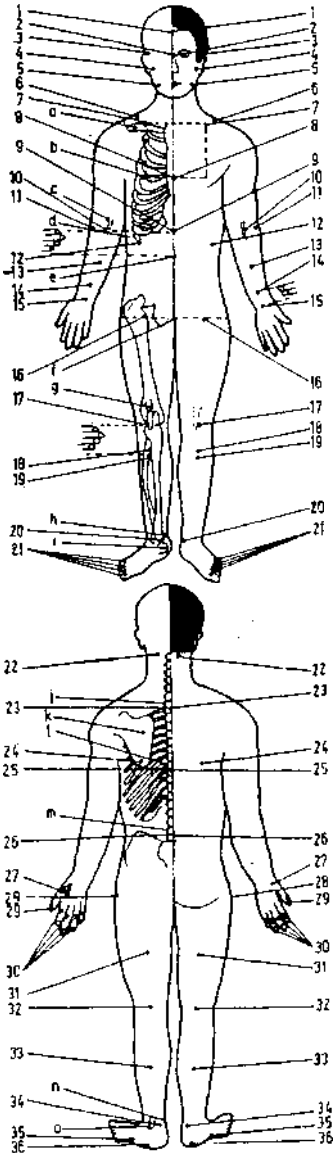
G3: dureri mediale de genunchi;

G4: dureri de genunchi, paralizii ale membrelor inferioare;

G5: dureri de șold și glezne;

G6: dureri lombare acute, lombosciatică, **contractura** musculaturii **lombare.**

6.3.1.2.6. Presura pe punctele de acupunctura ale meridianelor



F/g. 90. *Punctele de acupunctura ale meridianelor şi indicaţiile (9)*
1 -"palatul înţeleptului": dureri de frunte, migrenă cu fotofobie; 2 -"palatul sigiliilor" migrenă şi sinusită cu dureri; 3 -"valea adunării": cefalee, dureri de tâmplă şi oculare; 4 - "poarta urechii": migrenă, dureri de dinţi şi de nas; 5 - "maxilar": dureri de cap şi de dinţii situaţi pe maxilarul inferior; 6 - "strălucirea cerului": dureri de umeri, de spate şi de braţe, 7 - "scobitura coveţii": dureri de gât şi toracice, nevralgii intercostale; 8 - "mijlocul pieptului": nevralgii intercostale şi dureri toracice, 9 - "stomac central": dureri abdominale; 10 - "mlaştina de un metru": dureri de cot şi crampa scriitorului, 11 - "mlaştina de la cotitură", nevrlagie facială, dureri de cot şi crampa sciitorului; 12 - "poarta mare": colică biliară şi renală; 13 - "poarta vâlcelei": dureri precordiale, dureri de cot antebraţ, deget mare, arătător şi mijlociu; 14 - "bariera internă": dureri precordiale, de cot şi de pumn, analgezie; 15 - "marele platou": dureri de braţe şi de cot, crampa scriitorului; 16 - "bariera şoldului": dureri de şold şi coapsă, dureri de anus, lumbago, 17 - "nas de viţel": durerea şi redoarea genunchiului; 18 - "izvorul din podişul extern": dureri musculare şi ale membrelor inferioare; 19 - "al treilea interval" dureri abdominale, de cap, de genunchi şi lumbago; 20 - "marele clopot": colică renală, ' dureri de umeri, lombare şi de călcâie, 21 - "opt vânturi": durerea şi redoarea degetelor şi a labelor; 22 - "mlaştina vânturilor": dureri de cap şi cervicale, torticolis; 23 - "punctul hipofiză": dureri cerviacle şi dorsale; 24 -"strămoşul divin": dureri de umeri; 25 -"ultima limită lang": dureri de spate cu sau fără contractura musculară, 26 -"bariera lang": lumbago, dureri de genunchi şi postoperatorii, 27 - "fundul văii": orice tip de durere, 28 - "săritor în cerc"' dureri de şolduri şi de membre inferioare, 29 - "micul negustor": dureri de gât şi de degete, redoarea mâinilor; 30 - "punctul tigru": dureri de degete, 31 - "poarta prosperităţii" dureri de coapse, nevralgie, sciatică, 32 - "centrul de comandă" dureri ale trenului inferior prunt, 33 - *"cărarea* munţilor": nevralgie sciatică, crampe musculare, dureri provocate de fisuri anale şi hemoroizi, 34 - "punctul Kroun Loun": orice durere, grăbirea eliminăm placentei; 35 - "os de legătură": dureri de cap foarte puternice, durei de ceafă şi picioare prurit generalizat, 36 - "osul principal" cefalee puternică şi dureri de-a lungul coloanei vertebrale.

6.3.1.4. Metode combinate

Metodele combinate sunt acelea care folosesc tehnici ce realizează trecerea între masajul "neenergetic" şi cel "energetic". Această dihotomie este, după părerea mea, cel mult teoretică, deoarece, inevitabil, la oricare dintre tipurile de masaj oriental terapeutul intră în contact cu câmpul energetic al pacientului în zone de concentrare mai mare sau mai mică a acestuia.

Cele mai folosite dintre astfel de metode sunt una chinezească, care se adresează nou născuţilor şi copiilor mici. şi una japoneză, care foloseşte punctele Tsubo, iar cea care câştigă teren şi se pare că oferă atât o tehnică precisă, etapizată, relativ uşor de executat, cât şi rezultate mai mult decât satisfăcătoare este metoda Shiatsu.

6.3.1.4.1. Masajul chinezesc pentru nou născuţi şi copii - principii şi tehnică generală (5)

Masajul pediatric chinezesc *tui na* este un sistem special de masaj destinat, în special, pentru a preveni şi trata bolile pediatrice, folosind puncte speciale care sunt caracteristice copiilor. Acest tip de masaj se adresează copiilor mai mici de 12 ani şi, în special, a celor sub 5 ani (pentru copii peste 5 ani, acest tip de tratament trebuie să se facă în combinaţie cu manevrele *tui na* corespunzătoare adultului şi cu punctele adultului sau să se combine cu medicaţie).

în afara punctelor de pe meridianele de acupunctura şi a celor extra-meridian, ce sunt şi ele uzitate, dar mai puţin, majoritatea punctelor pediatrice sunt specifice terapeiei copiiilor, fiind foarte rar întrebuinţate la adult:

« spre deosebire de punctele de acupunctura, ce au o singură formă punctuală, punctele *tui na* au trei tipuri de forme: puncte-puncte, puncte-linii, puncte-arii

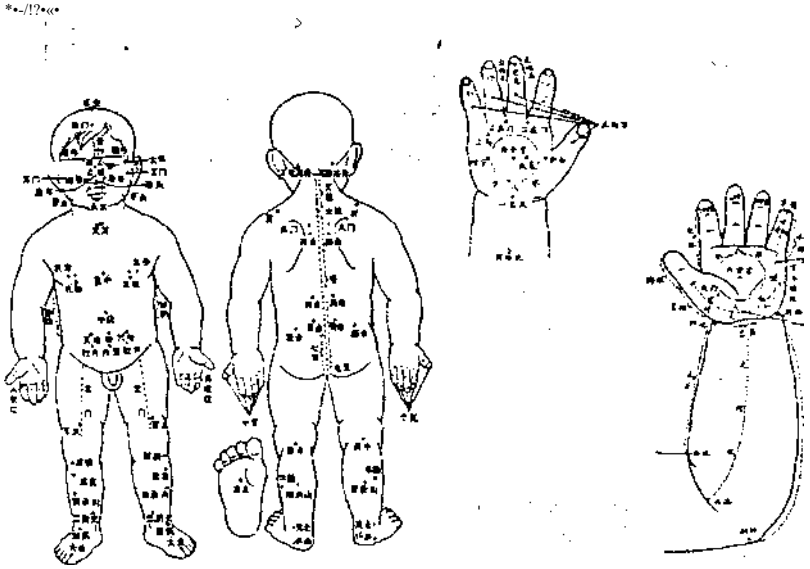
- ele sunt, în majoritatea lor, distribuite pe mâni şi antebraţe şi mai puţine sunt plasate pe cap şi faţă şi doar câteva pe piept, abdomen, spate şi membrele inferioare
- punctele *tui na,* spre deosebire de punctele de acupunctura ale adultului, nu sunt conectate la sistemul energetic al meridianelor şi, de aceea, metoda este uşor de însuşit şi utilizat, cu pericole minime pentru pacient.

Tehnica generală a masajului *tui na*

- în acest tip de masaj se folosesc manevre diferite pentru puncte situate pe arii diferite ale corpului:

=> în general, când se acţionează asupra punctelor de pe trunchi şi de pe membrele inferioare, punctele localizate simetric sunt manevrate în acelaşi timp;

==• atunci când sunt stimulate punctele de pe braţe şi mâini, manevrarea lor se face adesea numai de o parte;

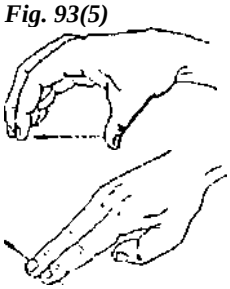


F/g. *92 (5)*

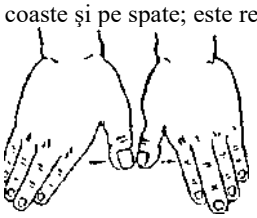
în general, pentru copilul de un an, manevrele de masaj se repetă de

200-300 de ori asupra punctelor principale şi de 100-150 de ori asupra punctelor suplimentare; la copii sub un an manevrele se repetă de mai puţine ori , iar la cei peste un an de mai multe ori, proporţional cu vârsta;
în mod normal tratamentele sunt recomandate 1 dată / zi, iar o etapă a tratamentului durează 7-10 zile; tratamentul se aplică continuu, fără pauze între etape, fie cu un interval de 1-2 zile repaus între fiecare etapă succesivă;
în general, terapeutul îşi va folosi mâna dreaptă pentru tratament, iar cu stânga va imobiliza, blând şi ferm, copilul;
întru-cât toate manevrele se efectuează pe pielea sensibilă a copilului, se foloseşte un intermediar de masaj, atât cu scopul de a preveni iritarea tegumentului cât şi de a mări efectele curative, cele mai uzitate fiind: pudra de talc, sucul de ienupăr, sucul de mentă, albuşurile de ouă;
manevrele fundamentale utilizate în terapia *tui na* sunt:
=> manevra apăsării rectilinii *(zhi tui fa):* constă în apăsarea fermă şi constantă, cu pulpa policelui sau cu cea a indexului şi mediusului, de-a lungul unei părţi a corpului, pe punctele-linii, fără a pierde contactul cu suprafaţa pielii, de la începutul până la sfârşitul mişcării; obişnuit este executată cu viteză medie şi repetată de 100-200 de ori / minut;

Fig. 93(5)



• manevra apăsării disociate *(fen tui fa),* constă în apăsarea separat, în direcţii opuse, în linie dreaptă şi nu prin apăsare transversală sau oblică, cu marginile ambilor polici sau cu indexul şi mediusul de la ambele mâini, în special a puncte-ior dintre mameloane, pe abdomen, sub coaste şi pe spate; este repetată de 100-200 de ori/minut;



138

Fig. 94(5) .

• manevra frământării *(rou fa):* reprezintă frământarea, printr-o mişcare circulară, a unui punct sau a unei arii, cu pulpele degetelor, podul palmei, eminenţa tenară, realizată uniform şi ferm şi fără pierderea contactului cu suprafaţa pielii în timpul manevrei; manevra este adecvată aproape pentru fiecare zonă de tratament cea cu pulpele degetelor fiind destinată terapiei fiecărui punct, iar cea cu palma pentru abdomen; frecvenţa ei este de 100-600 repetiţii/minut;

Fig. 95(5) ;; '

manevra fricţiunii circulare *(mo fa):* se realizează cu palma sau suprafaţa palmară a degetelor, printr-o fricţiune circulară în sens orar sau antiorar, în special uzitată pentru tratamentul stomacului şi a tulburărilor digestive; frecvenţa de execuţie este de 100-120 cercuri/minut;

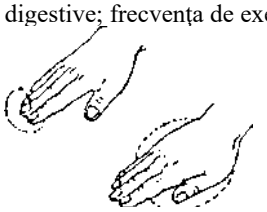


Fig. 96(5)

manevra ciupirii şi tragerii *(nie fa):* executată fie cu pulpele policelui, indexului şi mediusului de la ambele mâini, fie cu policele şi părţile laterale ale falangelor mijlocii ale indexului de la ambele mâinii, constă

în ciupirea pielii cu aceste degete în punctul masat şi apoi tragerea înainte, prin rotirea pielii în sus, cu ambele mâini, se foloseşte pentru punctele situate de-a lungul coloanei vertebrale (manevra se mai numeşte şi cea a ciupitului spinal), cu rol general de fortificare a organismului;

X

Fig. 97(5)

=> manevra presării *(an na)',* constă în apăsarea unui punct special cu pulpa policelui sau a unei arii cu palma, de intensitate mai puternică, cu rol stimulator; adesea este uzitată după frământare, caz în care se apasă de 3-5 ori pentru ameliorarea durerii locale şi a disconfortului;

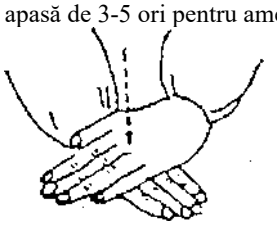


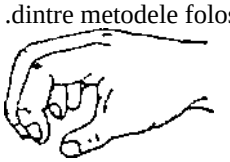
Fig. 98(5)

manevra înţepării *(qia fa):* reprezintă stimularea unui punct prin ciupirea lui puternică cu unghia, a cărei persiune creşte gradat, fiind o manevră potrivită pentru toate punctele de pe corp; este o manevră puternic stimulativă are se aplică înaintea frământării;

Fig. 99(5)

manevra apăsării arcuite *(yun fa):* se execută prin apăsarea uşoară în formă de cerc sau de arc de cerc în jurul locului de acţionare, cu pulpa degetelor sau cu policele, blând şi uşor; folosită mai ales pentru stimularea punctelor din palmă, se repetă de 80-100 de ori/minut;

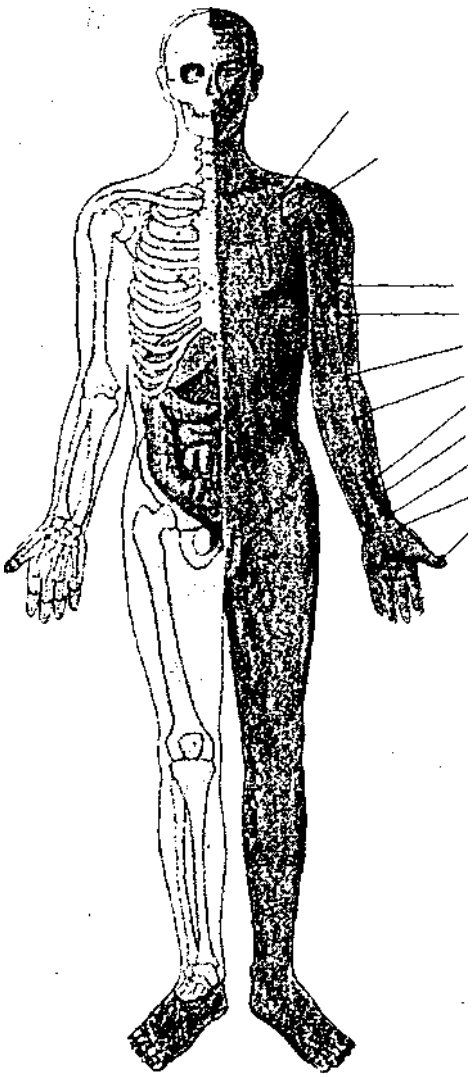
tapotajul (kodaj,
stoarcerea şi frământarea ***(annetsuf,***
F/g. 700(5;
manevra prinderii *(na fa):* constă în ridicarea lentă şi strângerea unui punct sau a unei arii între police, index şi medius sau între toate cele cinci degete de la fiecare mână; este o manevră puternic stimulativă ce se aplică în special punctelor de pe gât şi, uneori, de pe părţile laterale ale abdomenului şi de pe extremităţi, recomandându-se a fi lăsată ultima .dintre metodele folosite, ea efectuându-se de 3-5 ori la fiecare tratament.



F/g. *101(5)*
6.3.1.4.2. Terapia Tsubo (11,22)
Reprezintă terapia aplicată asupra celor 365 de puncte de acupunctura *(tsubo)* situate pe cele 14 sisteme meridianele energetice, coforrn medicinei tradiţionale orientale
Terapia Tsubo utilizează aplicarea de presiuni prin manevre clasice sau presiune Shiatsu (într-o anumită ordine, ce va fi prezentată ulterior), de moxă ori acupunctura la nivelul acestor puncte speciale, pentru a atenua şi/sau corecta perturbările de la nivelul organelor interne.
Vom prezenta cele două tipuri mai accesibile de terapie Tsubo

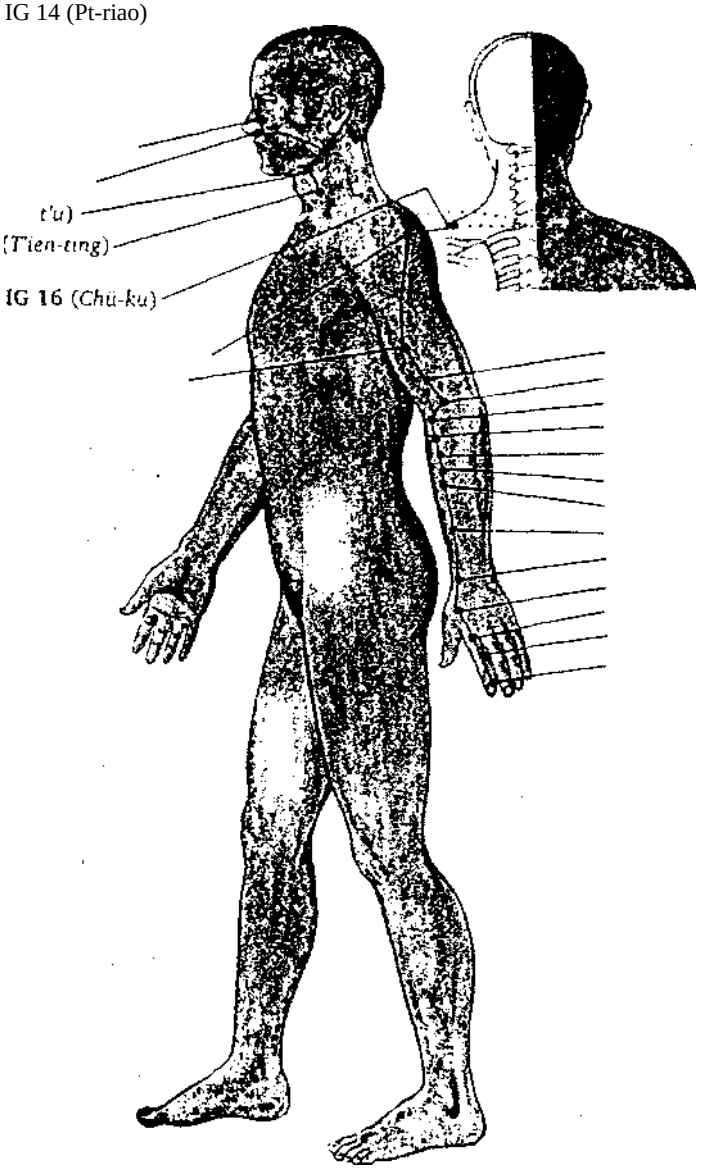
- Masajul Tsubo

Masajul japonez clasic, masajul amma, implică sistemul de meridiane şi mişcările se efectuează dinspre centrul corpului spre extremităţi, spre deosebire de cel occidental, care se *bazează* pe ideea că inima este centrul organismului şi de aceea se urmăreşte traseul vaselor de sânge, mişcările efectuându-se dinspre extremităţi spre centrul corpului.
Tehnicile utilizate de cele două categorii de masaj sunt, însă, extrem de asemănătoare şi, în afara unor indicaţii speciale de aplicare (privind intensitatea aplicării şi a suprafeţei de contact) se utilizează aplicării de o intensitate de 3-5 kg, cu o durată de 3-5 secunde, prin următoarele manevre:
=> frământarea uşoară, prin lovituri uşoare sau frecarea corpului *(keisatsu)',*
=> frământarea uşoară a musculaturii *(junetsu)',*
=> metoda compresiunii musculaturii şi a articulaţiilorfappa/o/;;
=> vibraţia *(shinsen);*
140
P 2 (Yun-men)
P l (Chung-/u)



P 3 (T'ien-/iO
P 4 (Hsia-pai)
P 5 (C/ii-tse)
P 6 (K'ung-tsui)
P 7 (Lieh-chiieh)
P 8 (Chmg-ch u)
P 9 (T'ai-yiiarz)
P 10 (Yu-du)
.P 11 (Shao-sna/ig)
Meridianul *Plămânilor (Fei-ching)*
Flg. 102. Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)

IG **20** £*ying-hsiang~)*
IG 19 JHo-tao)
IG 18
IG 17 .
IG 15 *(Chien-yu')*
IG 14 (Pt-riao)



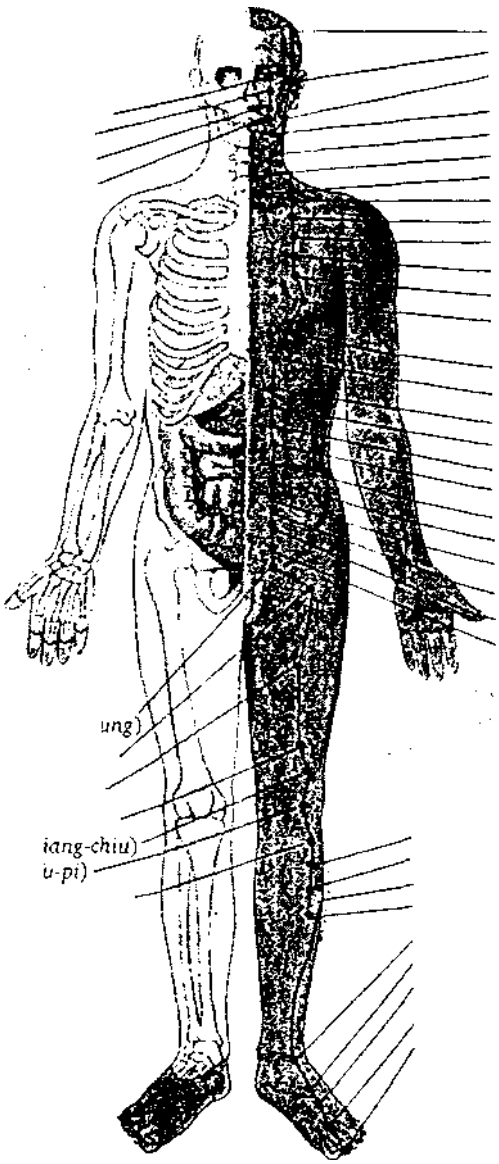
IG 13 *(Wu-li)*
IG 12 *(Chou-liao)*
IG 11 (C/îu-ai'i/i)
IG 10 (San-ii)
IG 9 *(Shang-lien)*
IG 8 *(Hsia-lien)*
IG 7 (Wen-/iu)
IG 6 *(Pien-li)*
IG 5 (Yang-/uO
IG 4 (Ho-fcu)
IG 3 (San-c/uen)
IG 2 *(Erh-Men)*
IG l (Shang-yang)

Meridianul Intestinului Gros (Ta-ch'ang-ching)

F/jgL *102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice* ***(11,22)***

142

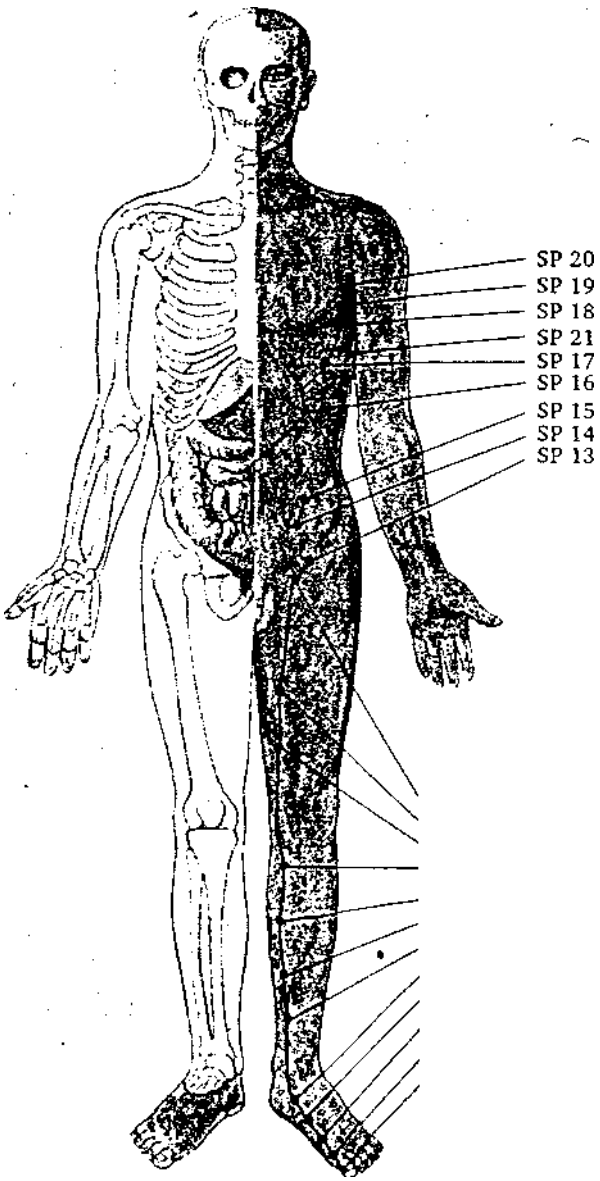
S l *(Ch'eng-chi)*
S 2 (Szu-pai)
S 3 (Oiii-/iao)
S 4 *(Ti-ts'ang)*



S 30 *(Ch'i-ch't*
S 31 (P't-fcuan)
S 32 (/'u-1 u)
S 33 (Wa-s/ii/i)
S 34
S 35
S 36 *(Tsu-san-li)*
S 8
S 7
S 6 *(.Chia-ch'c)*
S 5 (7a-ying)
S 9 *(Jen-ying)*
S 10 (S/iui-t'u)
S 11 (C/Ti-s/ie)
S 12 (C/iueh-p'en)
S 13 *(Ch'i-hu)*
S 14 (K'u-/ang)
S 15 (Wii-yi)
S 16 *(Yin-chuang)*
S 17 (Ju-c/iung)
S 18 (J»-fcen)
S 19 (Pu-yung)
S 20 (C/i'eng-.Tiari)
S 21 *(Liang-mcn)*
S 22 (fCuan-men)
S 23 (T'ai-yi)

S 24 *(Ku-jou-men)*
S 25 *(T'ien-shu)*
S 26 *(Wai-ling)*
S 27 (Ta-chu)
S 28 *(Shm-tao)*
S 29 *(Kud-lai)*
S 37 (Sharcg-c/ui-fau)
S 38 (riao-fcou)
S 40 *(l-eng-lung)*
S 39 *(Hsia-chit-hsu)*
S 41 (C/iien-foi)
S 42 *(Ch'ung-yatig)*
S 43 *(Hsien-ku)*
S 44 CNei-t'ifi?)
S 45 (Li-tui)
' *Meridianul Stomacului (Wei-ching)*

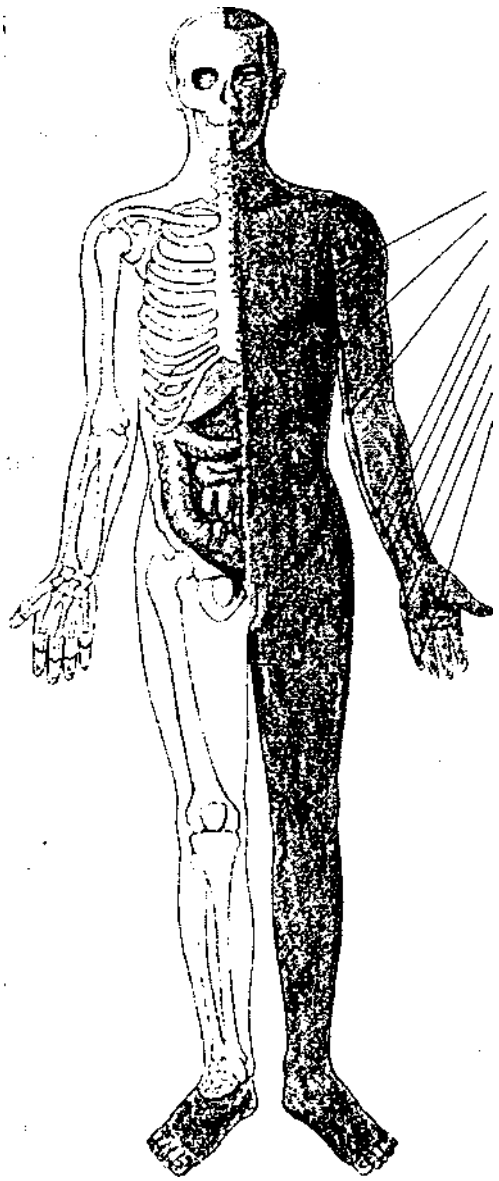
Fig. 102 (continuare). *Punctele tsubo în sistemele energetice* ***(11 £2)***



(Chou-yung)
(Hsiung-hsiang)
(Tien-hsi)
(Ta-pao)
(Shih-tou)
(Fu-ai)
(Ta-heng)
(Fu-chieh)
(Fu-she)
SP 12 (Ch'ung-men)
SP 11 *(Chi-men)*
SP 10 *(Hsueh-hai)*
SP 9 (Kn-Jirig-c/iiian)
SP 8 (Ti-chi)
SP 7 (Lou-Jcu)
SP 6 (San-ytn-c/ii'ao)
SP 5 *(Shang-chiu)*
SP 4 (Kung-sun)
SP 3 (rai-pai)
SP 2 (Ta-tu)
SP l (yin-pai)

Meridianul Splinei-Pancreasului (P'i-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)

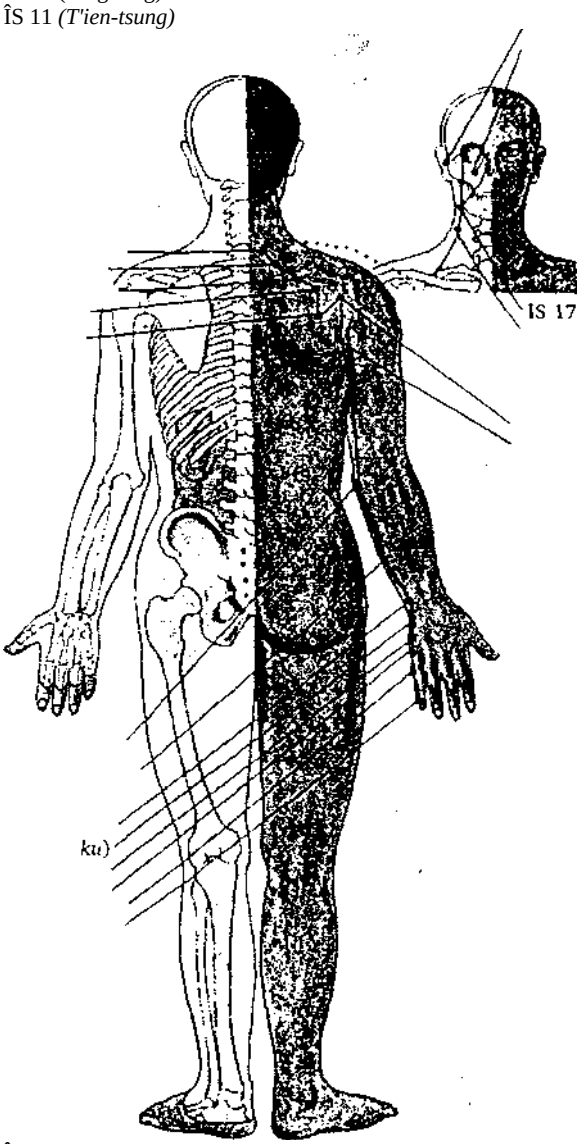


I l (Chi-ch'uan)
I 2 (Oung-iing)
I 3 (Shao-hai)
4 (Ltng-tao)
5 (T'ung-iO
6 (Yin-fei)
7 (Shen-men)-
8 (Shao-/iO
9 (Shao-ch'ung)

Meridianul *Inimii* (H.sin-chmgJ

F/g. **T02** ***(continuare).*** *Punctele tsubo în sistemele* ***energetice (11,22)***

ÎS 15 *(.Chien-chung-yifl*
ÎS 14 *(Chien-wai-yu)*
ÎS 13 *(Ch'it-yuan)*—77
ÎS 12 (Pfng-/eng)
ÎS 11 *(T'ien-tsung)*



ÎS 19 *(Ting-kurig)*
ÎS 18 (CVuan-fiao)
(T'ien-jung)
ÎS 16 *(Tien-chuang]*
ÎS 10 (Mio-yti)
ÎS 9 (Oiien-chen)

li

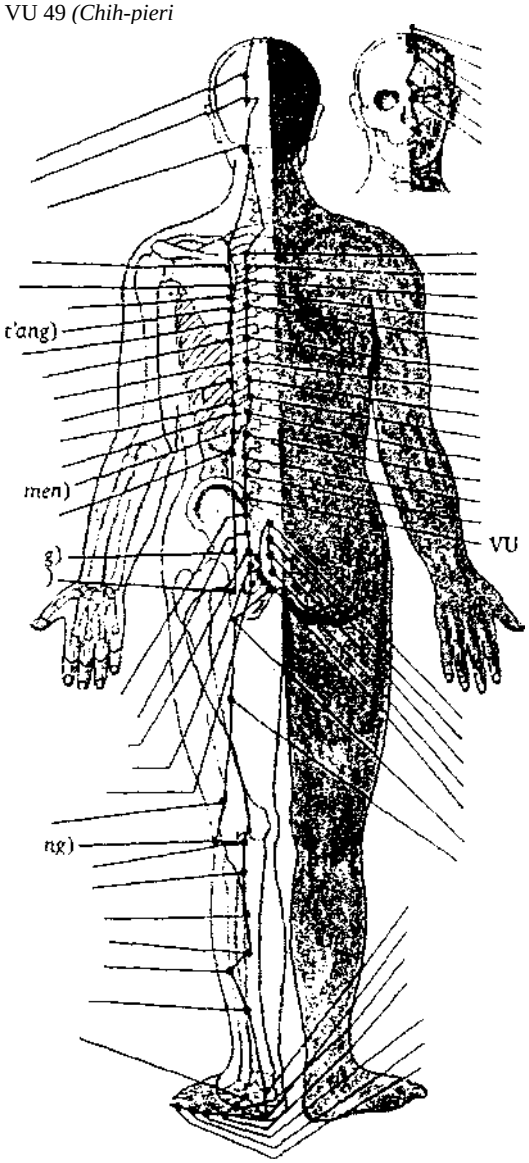
ÎS 8 *(Hsiao-hai)*
ÎS 7 *(Chih-cheng]*
ÎS 6 (Kmg-fao)
ÎS 5 (Kz
ÎS 4 (Wan-fcuj
ÎS 3 *(Hou-hsi)*
ÎS 2 (CVien-te)
ÎS l (Stao-tse)

Meridianul Intestinului Subţire (Hsiao-ch'ang-ching)

***ig.** 1Q2 (continuare). Puncte/e tsubo în sistemele energetice (11,22)*

VU 8 *(Lo-chueh}*
VTJ 9 *(Yu-chen)*
VU 10 (T'i'en-chu)
VU 36 *(l-'u-feng)*

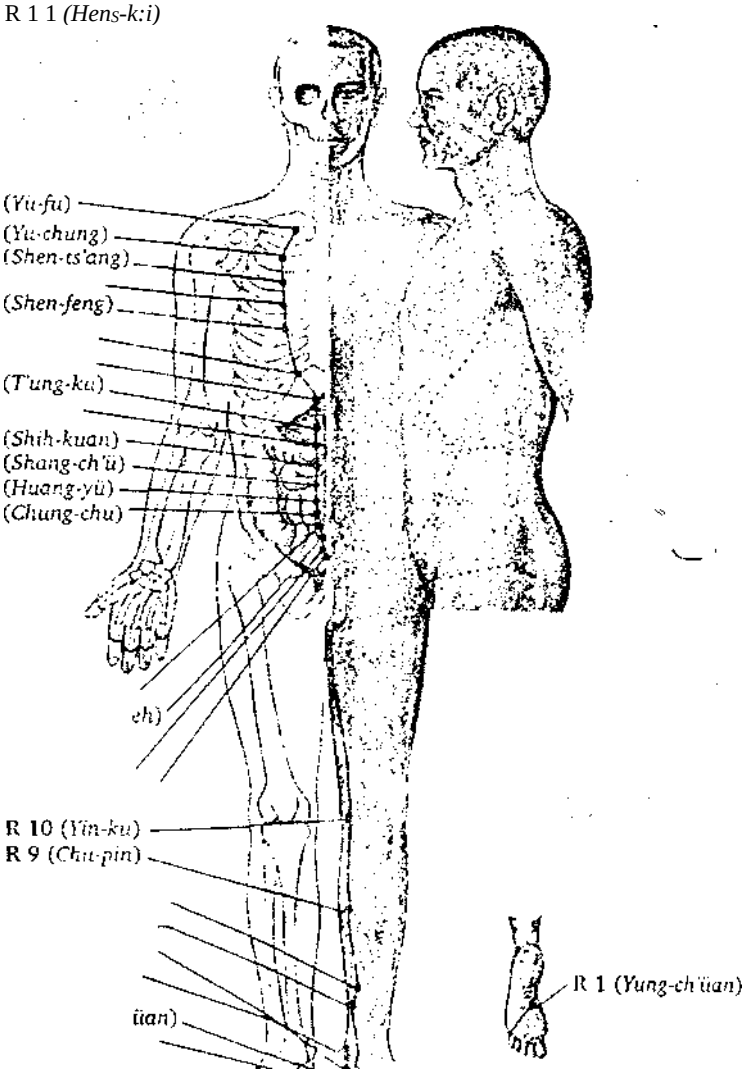
VU 37 (P'o-/u)
VU 38 *(Kao-huang)*
VU 39 fSh
VU 40 *(Yi-hsi)*
V 41 (A'e-fcuan)
VU 42 *(Hun-men)*
1j 43 *(Yang-kang)*
VU 44 (Ki-5/ie)
VTJ 45 *(Wei-ts'ang)*
W 46 (Huang-
VU 47 *(Chih-sh*
VU 48 (Pao-huan
VU 49 *(Chih-pieri*



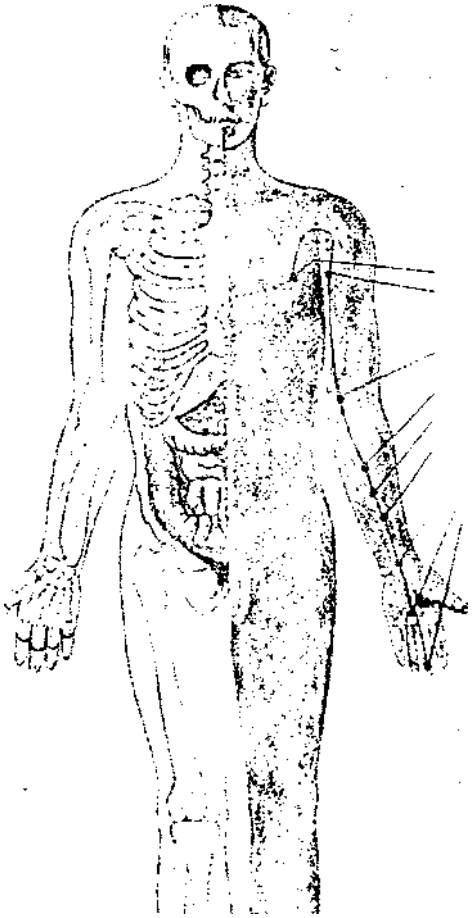
VU 7 (T'ung-t'ien)
VU6 (C/i'e
VU 5 (Wii-
VU 4 (CVu-c/ia)
VU 2 (Tsuan-c/iu)
VU l *(Chmg-ming)*
VU11 (
VU 12 (Feng-men) .
VU 13 (Fei-yii)
VU 14 *(ChLteh-yin-yu)*
VU 15 (Hiin-yu)
VTJ 17 (Jfe-yti)
VU 18 (Kan-yii)
VXf 19 (Tan-yti)
VU 20 (P'i-yij)

VU21 (Wei-yii)
VU 22 (San-chiao-vii}
VU 23 (S/ien-yii) "
VTJ 24 (Ch'i-hai-yii)
25 (
VU 26 (Kuan-ytian-_>'u)
VU 27 *(Hsiao-ch'ang-yu)*
VTJ 28 (P'ang-fcuan-yii)
VU 29 (Cung-Ju-nei-yii)
VU 30 *(Pai-huan-yu)*
VU 52.
\TJ 53
VTJ 54 (W'ei-chun?)
VU 55 *(Ilo-yang)*
\TJ 56 *(Ch'eng-chin)*
VU 57 (C/i'eng-ificm
VTJ 58 (Fei-yang) —
VU 59 (Fu-yang) -
VU 62 (Shen-mo)
VTJ 31 *(Shang-liac*
W 32 (Tz'u-liaa)
W 33 (Chur
VTJ 34 *(Hsm-liao)*
VU 35 (Hui-yang)
VU50 *(.Ch'cng-fu)*
" VU 51 *(Yin-mcn)*
VU 60 *(K'un-lun")*
VU 61 *(P'u-shen)*
VU 63 (CWn-men)
VU 64 *(Chins-ku)*
VU 65 (Shu-fcu)
VU 66 (T'ung-fcu)
VU 67 (Oii/i-ym)
Meridianul Vezicii Urinare (P'un-kung-ching)
Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)

K 27
K 26
K 25
!! 24 *(Ling-hsu)*
l! 23
K 22 *(Pu-lang)*
l! 21 *(Yu-men)*
li 20
U 19 *(Yin-tu)*
U 18
K 17
l! 16
K 15
R 12 (Ta-/io)
R 1 1 *(Hens-k:i)*



R 14 (Siu-nian)
R 13 *(Ch'ih-hsii*
R 8 (C7aa,>/ii!,'i)
R 7 (Fu-Hu)
R 5 (Ta-c/iung)
R 3 (T'ai-fo
R 4 *(Shui-ch*
R 6 (C/iao-ftaO
•*fev?* VvsSj
R 2 (Jan-fcu)
Meridianul Rinichilor (Shcn-ching)
Fig. 102 (continuare). *Punctele tsubo în sistemele energetice* ***(11,22)***

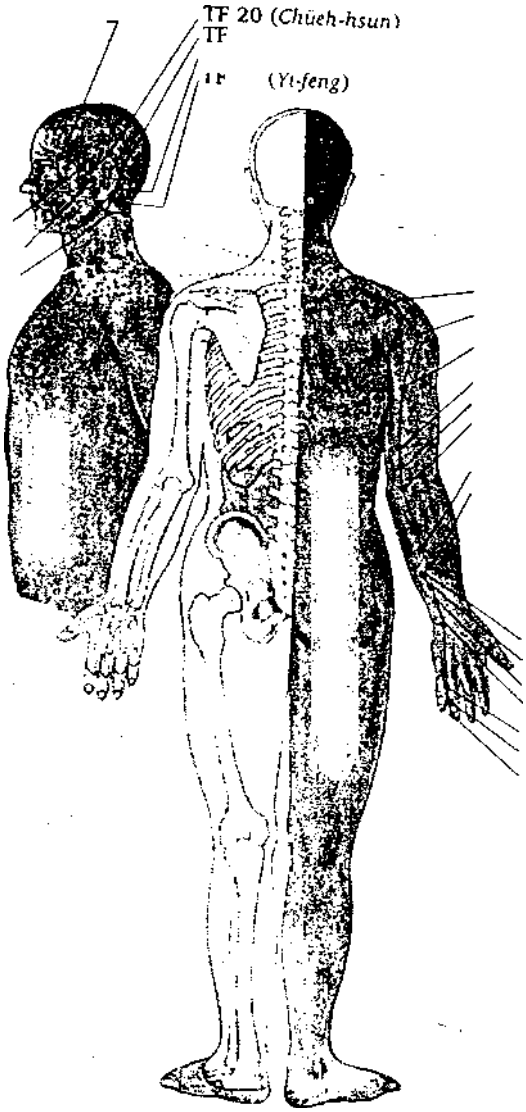


- Pc l *(Ticn-ch'ih}*
- Pc 2 *(Tien-ch'ujn)*
- Pc 3 (C/i u-rse)
, Pc 4 (Hsi-mcn)
/ Pc 5 *(Cmen-ihih*)*
/, Pc 6 (N'ei-fcucn)
, ?c 7 (Ta-fing)
. Pc 8 (Lao-fcung)

\ n i te-•-'•"•;/
\^ll

F/g. **)02** *(continuare). Punctele tsubo în sistemele* ***energetice (11,22)***
149

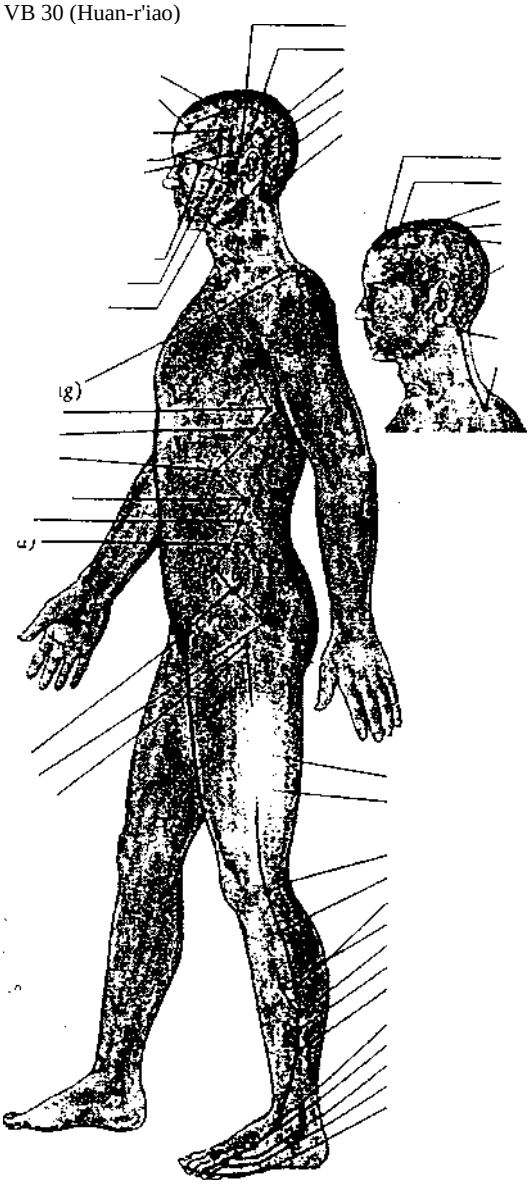
ff 33 (ftu-chu-k'ung]
TF 22 *(Ho-liao)*
TF21 (Erft-men)
TF 16 *(Tien-yu)*
19 *(Lu-hsi)*
TF *18 (Chih-mo)*
17



TF 15 *(Tien-liao)*
TF 14 *(Chien-liao)*
TF 13 (Nao- /iu,)
TF 12 (H5iao-/o)
S Io
TF 9 (Szu-tu)
TF 8 *(San-yang-lo)*
TF 7 *(Hui-tsunv)*
TF 6 (Cftift-tou)
TF 5 rWai-fct;o-}
TF 3 *(Chung-chu)*
TF 2 (V'e/i-men)
TF l *(Kuan-ch'ung)*
Meridianul Trei Focare (San-chiao-chmg)
Fig. 1Q2 (continuare). Punctele tsubo în sisteme/e energetice (11,22)

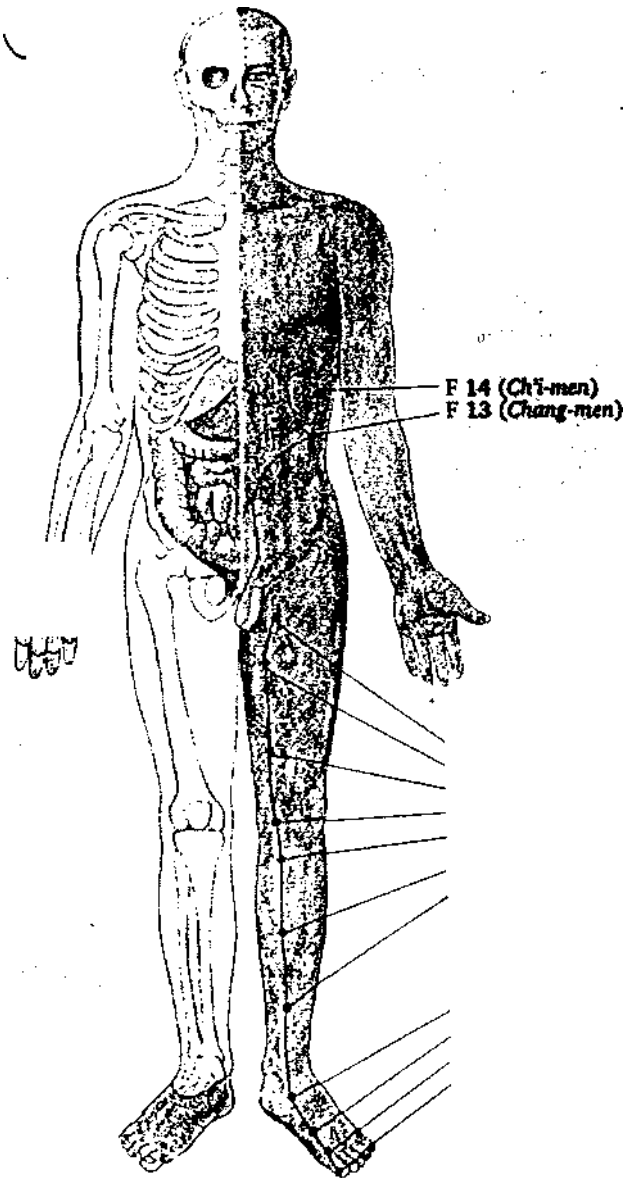
l

VB 13 (ftn-s/ien)
VB 14 (Vang-pai)
VB 5 (Hstian-(u)
VB 4 (Han-yen)
VB 6 (Hiiian-/i)
VB l *(Tung-tzu-Hao)*
VB 3 *(K'e-chu-jen)*
VB 2 *(T'ing-hui)*
VB 21
VB 22 (Viian-ye/1)
VB 23 *(Ch'e-chin)*
VB 24 *(Jih-yueh).*
VB 25 (Ching-men)
\T326 Oai-mo)
VB 27
VB 28 (VV'ei-tao)
VB 29 *(ChiJ-liao)*
VB 30 (Huan-r'iao)



VB 7 *(Ch'u-pin)*
VB 8 (Shuai-Jtu)
VB 9 (rien-c/Tung)
VB 10 (Fu pai)

VB 11 (C/iiao-yin)
VB 12 (Wan-Jcu)
VB
VB
VB
VB
VB
VB
14 *(Yang-pai")*
15 *(Lin-chi)*
16 *(Mu-chuang)*
17 (Cheng-ying]
18 (Ch'e;ig-/ing)
19 *(Nao-k'ung)*
VB 20 (Feng-cVth)
VB 21 (Chi
VB 31 (Feng-5/nh)
VB 32 (Chung-ru)
VB 33 *(Yang-kuan')*
VB 34 *(Yang-ling-ch'iian)*
VB 35 (rang-chiao)
VB 36 *(Wai-chiu)*
VB 37 (^uang-ming)
VB 38 *(Yang-fu)*
VB 39 *(Hsiian-chung)*
VB 40
VB41 *(Lin-chi)*
VB 42 (ri-wj-/im)
VB 43 *(Hsia-hsi]*
VB 44
Meridianul Veziculei Biliare (Tan-ching)
Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11^2)



M{

mii

FII (Yîn-lien)
F 10 (VVu-it)
F 9 (yin-pao)
F 8 (Ch'u-ch'iian)
F 7 (Hsi-fcuan)
F 6 (Chung-tu)
F 5 (Li-fcou)
F 4 *(Chung-feng)*
F 3 (T'ai-ch'ung)
F 2 (Hsing-chieri)
F l (Ta-îun)

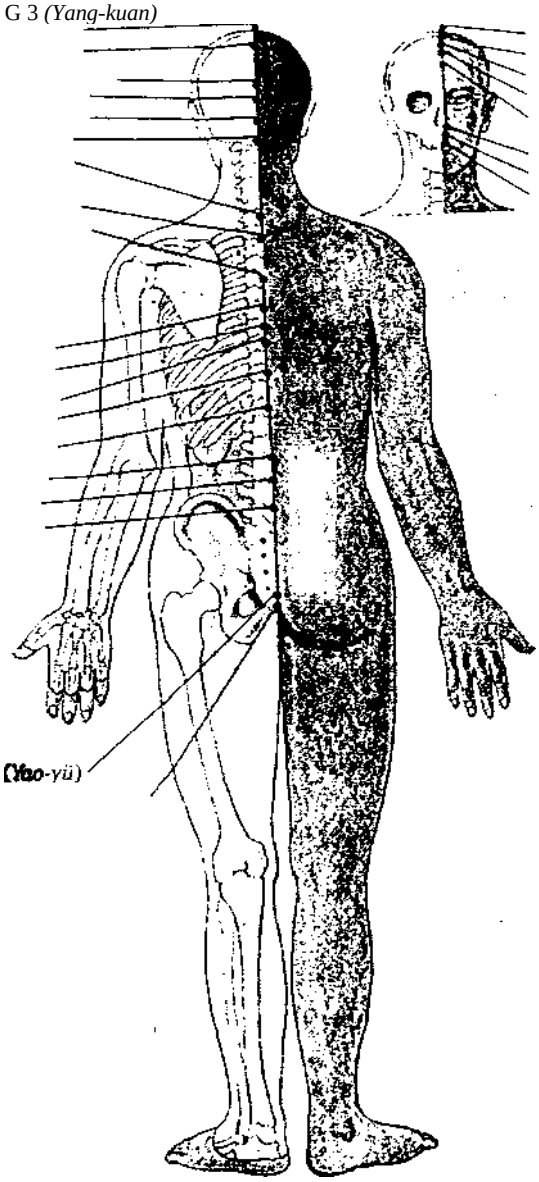
Meridianul Ficatului (Kan-chir%)

Fig. ***102 (continuare).*** *Punctele tsubo în sistemele* ***energetice (11,22)***

152

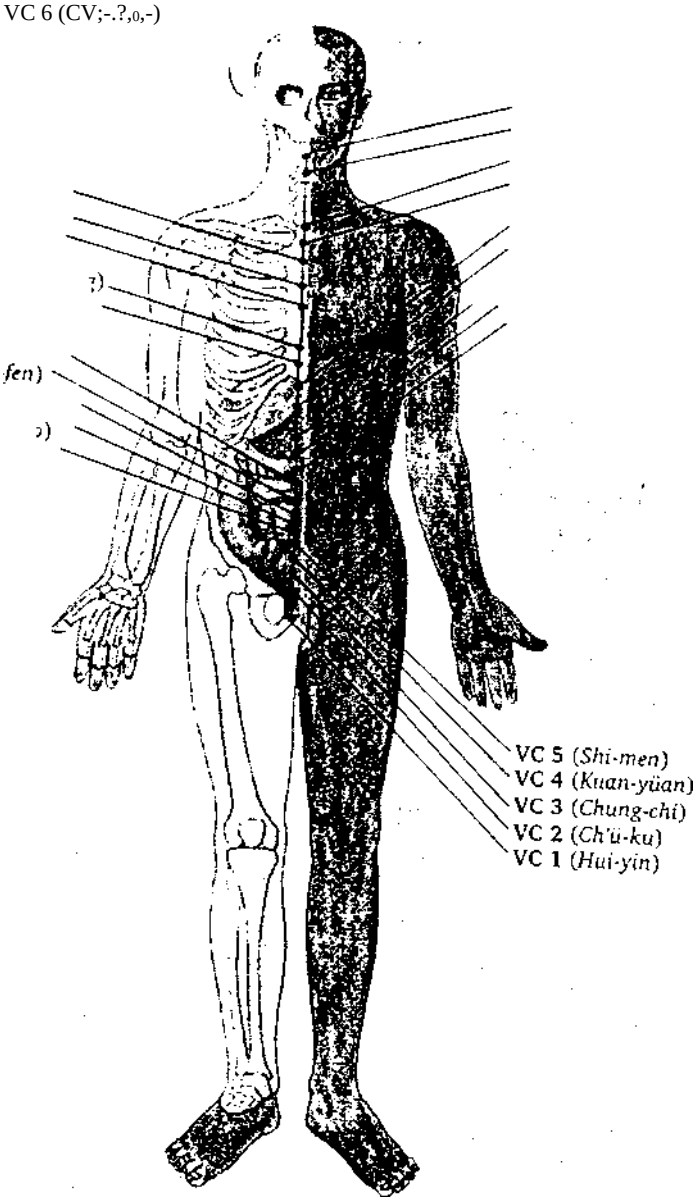
G 20 (Pai-ftui)
G 19 (Hou-ring)
G 18 (Ch'ang-diien)

G 17 (JVao-hu) —
G 16 (Feag-/u) —
G 15 (Ka-men)
G 14 (Ta-di'ui)
G 13 (rao-fao)
G 12 *(Shen-chu)*
G 11 (Shen-tao)
G 10 *(Ling-t'ai)*
G 9 (C/iih-yang)
G 8 (C/nn-so)
G 6 (Chi-c/iung)
G 5 (H.îua
G 4 (Mtng-men)
G 3 *(Yang-kuan)*



G 2
6 l (Chang-ch'ang)
G 20 (Pa i-7i in)
G 21 (Ch'ien-ting)
G 22 CHsin-hui)
G 23 (Shanf-feiR?
G 24 (Shen-t'ing)
G 25 (Su-!iao)
G 26 <7en-chung)
G 27 (Tui-tuan)
Meridianul Guvernor (To-mo)
Fig. 102 (continuare). *Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)*

VC 20 *(Hua-kan -*
VC 19 *(Tzu-kung)*
VC 18 *(Yu-t'ang]*
Vr \l -un
VC 16 *(Chung-t'ing)*
VC 10 *(HKa-wan)*
VC 9
VC 24 *(Ch'eng-chiang)*
VC 23 *(I.ien-ch'uan)*
VC 22 (nen-r'u)
VC21 *(Hsuan-chi)*
VC 15 (C/im-ivei)
VC 14 *(Chu-ch'ueh)*
VC 13 (Sha;;g-vvan)
/VC 12(0!un
VC 11 *(Chien-li)*
VC 8 *(Shen-ch'ueh)*
v C 7 t.Kin-c/iia
VC 6 (CV;-.?,0,-)



Meridianul Vasul de Concepţie (Ren-mo)
Fi9.102tconlinuare). *Punctele tsubo m sistemele energetice (11,22)*
154

- Masajul Shiatsu

Tehnicile utilizate de ShiatoU **hu sunt** mult diferite de cele folosite de

masajul occidental. Se utilizează **defaptdouă** tehnici principale:
=> presiunea;
=> tracţiunile.
Varietatea lor constă în utilizarea diferitelor segmente (mâini, coate, genunchi şi picioare), în Shiatsu presiunea trebuie să vină din "Hara" (centrul energiei din abdomenul inferior). Se utilizează greutatea propriului corp. Corpul trebuie să fie destins şi stabil. Genunchii sunt depărtaţi pentru a da stabilitate corpului. Braţele sunt drepte pentru ca suportul să fie solid, iar presiunea nu vine din umeri, care sunt destinşi, ci din mişcarea înainte a bazinului.
Segmentele cu care se execută presiunea în Shiatsu sunt următoarele:
=> policele, cu pulpa şi nu cu extremitatea, restul mâinii rămânând în contact cu corpul primitorului, atât pentru a repartiza greutatea corpului cât şi pentru a linişti pe acesta;
=^> faţa externă a indexului şi faţa internă a policelui ("muşcătura dragonului");
==> palmele - se utilizează podul palmei, în timp ce restul mâinii, destinsă fiind, este tot timpul în contact cu corpul primitorului;
=> coatele în unghi "deschis";
=> genunchii - maseurul trebuie să fie cu şezutul pe călcâie, degetele de la picioare fiind flexate, şi să-şi treacă greutatea de pe un genunchi pe altul fără a îngenunchea pe cel masat.
=> *Exerciţiile de bază* în Shiatsu sunt următoarele.
=> Pentru început, cel masat este culcat ventral, cu braţele întinse pe lângă corp. Coborând în lungul corpului, se tratează mai întâi spatele, apoi bazinul şi şoldurile, continuând cu gambele şi talpa, urcând din nou, în final, până la umeri şi cap. Cel masat va răsuci frecvent capul, pentru a nu-şi contracta muşchii gâtului.
=> In continuare, pacientul fiind culcat dorsal, se tratează în mod sistematic partea anterioară a gâtului şi umerilor, faţa şi capul, braţele, mâinile, "hara", terminând cu gambele. Cei care au dureri dorsale este de preferat ca în poziţia culcat dorsal să aibă genunchii îndoiţi.

103
155

Contraindicaţiile sunt următoarele:
=> se evită apăsarea venelor dacă pacientul are varice, [4]
=> nu se practică Shiatsu pe abdomen în timpul sarcinii;
=> la sfârşitul sarcinii se evită presiunile puternice pe membrele inferioare şi nu se utilizează "Marele Eliminator" (IG4).
Tehnicile propriu-zise utilizate de Shiatsu se prezintă în continuare în detaliu.

- **Masajul spatelui**

» *întinderea pe diagonală*
Cel masat este în decubit ventral, braţele întinse pe lângă corp. Se îngenunchează lângă pacient având genunchii îndepărtaţi şi se plasează mâinile în diagonală, una pe omoplat, cealaltă pe şoldul opus, mâinile şi degetele orientate în sens opus pentru ca priza să fie mai bună. Maseurul îşi deplasează înainte bazinul (centrul de greutate) pentru a întinde coloana vertebrală a pacientului. Se schimbă apoi mâinile lucrându-se apoi la fel pe cealaltă diagonală. Executantul îşi găseşte propriul ritm făcând mişcările suficient de lent pentru ca pacientul să se relaxeze. Se va încerca sincronizarea apăsării cu expiraţia partenerului.
» *întinderea lombară*
Se încrucişează braţele, se deplasează o mână pe mijlocul bazinului şi cealaltă pe coloana vertebrală deasupra. Se duce bazinul înainte şi se întinde astfel regiunea lombară a coloanei.
*** *Presiuni descendente ale palmelor în jurul coloanei vertebrale***
Se plasează mâinile de fiecare parte a coloanei şi se coboară începând din dreptul umerilor cu podul palmelor în lungul coloanei vertebrale, iar cu palmele şi degetele deasupra coastelor orientate spre exterior. Executantul deplasează bazinul înainte transferând astfel greutatea proprie pe spatele partenerului păstrând braţele întinse, apoi se aşează din nou pe călcâie şi coboară mâinile câţiva centimetri, şi coboară astfel până în dreptul şoldurilor, încet, fiecare presiune trebuind să dureze minimum 3 secunde. Apăsarea asupra coloanei se va sincroniza cu expiraţia pacientului, verificând totodată ca acesta să nu-şi ţină respiraţia.
*** *Presiuni descendente ale policelor în lungul coloanei vertebrale***
Se aşează degetele deasupra coastelor şi policele de fiecare parte a coloanei din dreptul mijlocului omoplaţilor. Se coboară încet, exercitând presiune prin avansarea bazinului prin retragerea bazinului.

- **Bazinul**

» *Meridianele bazinului*
Meridianele interne şi **externe ale vezicii urinare acoperă** sacrul. Meridianul vezicii biliare **coboară pe marginile externe ale** şoldurilor.
156
Există un punct cheie al meridianului vezicii biliare pe marginea externa a fiecărei fese, acolo unde se poate simţi trohaterul.
« ***Presiuni asupra găurilor sacrale***
Maseurul îngenunchează de o parte şi de alta a coapselor pacientului. El va localiza găurile superioare cu policele. Prin avansarea bazinului se va apăsa asupra primei perechi de găuri, după care bazinul se retrage încetând apăsarea. Se va localiza a doua pereche de găuri sacrale, situate doi centimetri mai jos şi se va exercita aceeaşi presiune asupra !or Găurile inferioare fiind mai dificil de reperat, maseurul îşi va utiliza intuiţia pentru a exercita presiune asupra lor.
» *Compresiune asupra şoldurilor*
Executantul îngenunchează de o parte şi alta a genunchilor pacientului. Cu podul palmelor, el localizează uşor superior şi posterior punctului unde trohanterul este proeminent, degetele fiind orientate spre interior. Prin aplecarea trunchiului înainte se apasă cu podul palmelor în locurile indicate.
» *Presiunea descendentă cu cotul în lungul bazinului*
Cu genunchii depărtaţi aşezat de o parte a pacientului, maseurul îşi va plasa mâna cu care apasă pe marginea superioară a sacrului, îşi va relaxa cealaltă mână şi îşi va plasa cotul (care face un unghi deschis) pe meridian,

aproape de linia mediană a feselor, îşi va lăsa greutatea corpului pe cot
» Faţa **posterioară şi externă a membrului inferior**
» *Meridianele feţei posterioare şi externe a membrului inferior*
Meridianul vezicii coboară pe mijlocul feţei posterioare a acestuia, înconjoară faţa externă a gleznei şi merge de-a lungul piciorului până la degetul mic. *Meridianul rinichiului* pleacă de pe planta piciorului, înconjoară marginea internă a călcâiului şi urcă între muşchii feţei interne *a* gambei şi a coapsei. Aceste două meridiane fac parte din elementul Apa. *Meridianul vezicii biliare* coboară în lungul coapsei, apoi prin mijlocul feţei externe a gambei, trece peste gleznă, pentru a ajunge la cel de-al patrulea deget de la picior. El reprezintă aspectul yang al elementului Lemn.
» ***Masajul feţei posterioare şi externe a membrului inferior***
Se lucrează ambele meridiane ale aceluiaşi picior, după care se trece la celălalt picior. Pacientul trebuie să aibă picioarele pe acelaşi plan cu membrele inferioare şi ele să fie răsucite spre interior. Nu se apasă pe spaţiul popliteu. în timpul efectuării presiunilor, ambele mâini rămân în contact cu corpul primitorului, o mână se aşează pe tors pentru a fi legată la principala sursă de energie. Această mână, numită "mama", serveşte drept suport şi rămâne imobilă în timp ce cealaltă este activă.
**** Presiunea palmelor pe faţa posterioară* a membrului inferior**
Se îngenunchează paralel cu membrul inferior al pacientului. Se apasă, coborând în lungul membrului inferior, cu palma. Se aşează

fi'
ni
t li
l .
mâna "mamă" pe fesă şi se apasă foarte uşor pe spaţiul popilteu şi moderat pe partea moale a gambei.

» ***Presiunea genunchiului pe faţa posterioară a membrului inferior***

Mâinile vor fi aşezate drept sprijin pe fiecare extremitate a membrului inferior. Executantul se va aşeza pe călcâie, degetele fiind în flexie iar genunchii se vor aşeza deasupra liniei mediane a membrului inferior. Se va evita zona genunchilor. Se reia apăsarea cu genunchii, fără ca executantul să se aşeze pe picioarele primitorului.

* ***Presiunea asupra punctelor "tsubos" ale glezne!***

Se ridică piciorul aceluiaşi membru inferior şi se apasă de fiecare parte a piciorului în adâncitura dintre tendonul lui Achile şi gleznă.

4 ***Mobilizarea şoldului în trei direcţii***

=> Se pune o mână pe sacru. Cu cealaltă mână se flectează genunchiul, apucând piciorul de degete, pentru a obţine o flexie maximă, în punctul flexiei maxime se extinde şi vârful piciorului.

=> Se readuce gamba în semiflexie pentru a relaxa genunchiul, apoi se duce piciorul către faţa opusă, cât mai mult posibil, apăsând asupra vârfului piciorului pentru a mări întinderea.

=> Se readuce piciorul în poziţie de semiflexie. Apoi se trage către executant, cât mai mult posibil, apăsând din nou asupra vârfului piciorului. Se readuce în semiflexie, fără a lăsa vârful degetelor, se apucă genunchiul cu cealaltă mână şi se face o rotaţie internă, genunchiul fiind îndreptat către exterior.

* ***Presiunea palmei pe faţa externă a membrului inferior***

Maseurul va îngenunchea aproape de picioarele pacientului şi îşi va plasa mâna "mamă" pe sacru, de partea piciorului pe care se lucrează. Cu palma celeilalte mâini va coborî pe mijlocul feţei externe a membrului inferior, balansându-şi centrul de greutate înainte şi înapoi.

* ***Presiunea pe "tsubo" a gleznei***

Cu ajutorul policelui se exercită o presiune în punctul situat inferior şi uşor anterior maleolei externe. Se reiau exerciţiile pe celălalt membru inferior.

» ***Călcarea plantelor picioarelor cu călcâiele***

Picioarele pacientului trebuie să fie în flexie plantară maximă, întinse pe sol. Maseurul stă în picioare, cu spatele la pacient, cu călcâiele pe tălpile lui, fără a urca prea sus. Maseurul îşi va ridica alternativ călcâiele de pe picioarele pacientului.

» ***Presiunile de "tsubo" al plantei piciorului***

Se apasă cu policele pe punctul rinichiului, în mijlocul liniei arcuite.

* ***Masajul călcâiului***

Se masează marginile externe şi interne ale călcâiului printr-o mişcare circulară, policele de o parte, celelalte patru degete de cealaltă parte.

* ***Ciupirea marginii externe a piciorului***

Se face pentru a stimula meridianul vezicii.

* ***Tracţiuni ale degetelor***

Se face tracţiunea fiecărui deget în parte apucându-l **din lateral.** Degetele pocnesc câteodată când tensiunea scade.

» ***Tapotamentul plantei piciorului***

Se începe cu plescăitul cu faţa palmară a degetelor. Apoi se **execută** bătătoritul cu partea ventrală, în final se mângâie talpa piciorului.

Faţa posterioară a umerilor

* ***Meridianele feţei posterioare a umerilor***

=> *Zona părţii superioare a umerilor* este străbătută de meridianul vezicii biliare.

=> *Zona coloanei dorsale între omoplaţi,* meridianul vezicii coboară de o parte şi de alta a coloanei vertebrale, iar "tsubos" ale acestui meridian sunt situate între vertebre.

=> Zona *omoplaţilor* este traversată de meridianul intestinului subţire.

» ***Tratamentul feţei posterioare a omoplaţilor***
Pacientul fiind în decubit ventral, maseurul va îngenunchea, plasându-şi genunchii de o parte şi de alta a capului acestuia. Presiunea exercitată va fi dată de greutatea părţii superioare a trunchiului, fără a se ridica bazinul.
» ***Presiunea policelui pe partea superioară a umerilor***
Maseurul îşi va plasa mâna "mamă" pe un omoplat şi policele celeilalte mâini în lungul părţii superioare a umărului. Cotul mâinii active se va sprijini pe coapsa proprie. Executantul se va apleca înainte şi va apăsa uşor, începând de la umăr, spre articulaţia umărului de trei ori pe fiecare parte urmând cu policele drumuri paralele între cele două puncte.
* ***Presiunea cotului între omoplaţi***
Se aşează mâna "mamă" pe un umăr iar cotul mâinii active se plasează, într-un unghi deschis de partea cealaltă a coloanei vertebrale. Se coboară treptat, începând de la baza gâtului până în dreptul bazei omoplaţilor. Se schimbă mâna "mamă" şi se aşează cotul celeilalte mâini de partea cealaltă a coloanei. Bazinul rămâne tot timpul înapoi pe călcâie.
* ***Rotaţia omoplaţilor***
Maseurul îşi aşează mâinile pe omoplaţii pacientului, cu degetele depărtate înspre părţile laterale ale omoplaţilor, şi le răsuceşte puternic, deplasând omoplaţii.
* ***Presiunea picioarelor asupra umerilor***
Executantul se aşează sprijinindu-se pe mâini înapoi, îşi aşează picioarele în partea superioară a umerilor, exercitând presiuni rapide şi blânde.

Faţa anterioară a umerilor şi gâtul

» *Meridianele feţelor anterioare, laterale şi posterioare ale gâtului*

Meridianul stomacului trece de o parte şi de alta a traheii, al intestinului gros; trece prin partea mediană a muşchilor feţei laterale a gâtului.

Meridianul intestinului subţire pleacă de la ureche şi coboară anterior meridianului Trei Focare.

Meridianele feţei anterioare a umărului: punctele importante de la începutul *meridianului plămânului* se găsesc în adâncitură sub partea proeminentă a claviculei, *meridianul pericardului* merge de-a lungul muşchiului pectoral, iar cel *al stomacului şi al rinichiului* coboară pe faţa anterioară a toracelui.

Meridianele feţei posterioare a gâtului: meridianul central este "Vasul Guvemor", care urcă în lungul coloanei vertebrale, *meridianul vezicii coboară* în partea mediană a muşchiului, pe feţele laterale ale gâtului, iar *meridianul vezicii biliare* coboară în lungul marginilor externe ale aceloraşi muşchi.

» *Masajul asupra feţei anterioare a umerilor*

Pacientul se întoarce în decubit dorsal, iar maseurul îşi reia poziţia şezând, cu genunchii depărtaţi, de o parte şi cealaltă a capului pacientului.

Presiuni asupra umerilor: maseurul îşi plasează mâinile pe coaste şi policele pe faţa anterioară a toracelui, aplecându-se uşor înainte şi apăsând foarte uşor policele alunecând spre exteriorul sternului; apoi îşi plasează policele în spaţiul intercostal următor şi aşa mai departe.

» *Masajul feţei posterioare şi laterale a gâtului*

Tratamentul gâtului se face în sens ascendent, pentru a obţine o presiune destul de puternică fără a ridica capul.

Presiunile asupra feţei posterioare a gâtului se efectuează în maniera următoare:

=> Executantul, îngenuncheat de o parte şi cealaltă a capului primitorului, îşi sprijină coatele pe coapse şi îşi înclină trunchiul înainte, exercitând o presiune cu ajutorul degetului mijlociu, de o parte şi alta a coloanei vertebrale, deplasându-l cu o jumătate de centimetru de fiecare dată, începând de la baza gâtului spre craniu.

=> Se vor deplasa degetele spre părţile laterale ale feţei posterioare ale gâtului. Se exercită o presiune deplasând degetele la un interval de jumătate de centimetru, plecând de la baza gâtului. Se exercită o presiune mai puternică în adânciturile de la baza craniului.

=> Se revine la linia mediană a feţei posterioare a gâtului, se încalecă degetele şi se apasă pe spaţiile intervertebrale. Se încheie prin apăsarea adânciturilor de la baza craniului.

=> Se deplasează degetele şi se apasă puternic spre exterior, în lungul **bazei** craniului, în direcţia urechilor, respectând mereu progresia intervalelor de un centimetru.

Masajul circular al feţelor laterale ale gâtului se face în modul următor:

=. Se *aşează* degetele apropiate pe feţele laterale ale gâtului pacientului urmând relieful gâtului.

=> Se fac de mai multe ori mişcări circulare, deplasând tegumentul peste masa musculară.

=> *Elongaţia coloanei cervicale* se execută în maniera următoare:

=> Maseurul aflat la capul pacientului se aşează având genunchii depărtaţi, călcâiele lipite de fese, braţele întinse printre genunchi.

=> Mâinile apucă ceafa pacientului, policele se îndreaptă spre claviculă, podul palmelor pe maxilarul inferior şi faţa internă a antebraţelor, în lungul obrajilor. ,

=$ Maseurul îşi înclină trunchiul înapoi.

Capul şi faţa

*** *Punctele feţei (partea anterioară)***

In regiunea oc/i/'/orsunt localizate următoarei puncte:

=> V1 (vezical) se situează la extremitatea in:eʳnă a pleoapelor,

=> V2 (vezica 2) la extremitatea internă a sprâncenelor:

=> VB1 (vezica biliară 1) se găseşte la extrerr.'ratea externă a ochiului.

=> *în jurul gurii* se află următoarele puncte:

=> IG 20 (intestinul gros 20) este exact sub marginea externă a narei;

=> S3 (stomac 3) la jumătatea "liniei surâsului":
=> VC24 (Vase-Concepţie 24) în centrul şanţuui meto-labial;
=^> VG 26 (Vasul Guvernor) în centrul şanţului nazo-labial.

- ^ ***Punctele feţei (partea laterală)***

=> Tai Yang se găseşte la tâmplă;
=> ÎS 18 (intestinul subţire 18) în adâncitura ce sub osul malar;
=> S6 (stomac 6) în punctul situat pe articulat z temporo-mandibulară.

***** ***Punctele creştetului capului***

Toate aceste puncte se găsesc pe meridianul Vasului Guvernor. Se ating lucrând pe linia mediană a capului. Cel T;ai important este VG 20, care se află pe o linie imaginară ce uneşte vârful urechilor cu linia mediană a capului.

» ***Tratamentul capului şi al feţei***

în această zonă Shiatsu se practică destul de uşor pentru a-l destinde pe pacient, dar destul de puternic pentru a cebloca energia. Presiunea trebuie să fie fermă dar mângâietoare, iar degetele trebuie să se plieze când se apasă pe puncte situate în adâncituri sau în despicături.

» *Alunecarea mâinilor pe pielea capului*

Se lasă să alunece de mai multe ori mâinile în părul pacientului, masând pielea capului cu degetele, apoi se revine la linia mediană.

« ***Tragerea părului***
Se iau câteva şuviţe şi se trage uşor de ele.
» *Masajul urechilor*
Se masează urechile între police şi index, efectuând o mişcare ascendentă asupra pavilioanelor până la vârf. Se trece de două ori peste suprafaţa urechilor.
* ***Presiunea asupra punctelor din creştetul capului***
Se aşează mâinile pe tâmplele pacientului, policele se aşează pe linia mediană. Se exercită o presiune, centimetru de centimetru, urcând spre creştet şi posterior, atât cât este posibil.
» *Tratamentul zonei ochilor*
=> Se exercită o presiune asupra punctelor extremităţii interne a pleoapelor, timp de 3-5 secunde.
=> Se ciupesc uşor sprâncenele pe toată lungimea lor.
=> Se exercită o presiune pe punctele din marginea externă a ochiului, la extremitatea fiecărei sprâncene.
* *Tratamentul zonei tâmplelor*
=> Se urcă plecând de la sprâncene spre punctele tâmplelor. Nu se apasă prea tare şi se efectuează mişcări rotative.
=> Se coboară în linie dreaptă până la punctele situate exact sub pomeţi.
=> Se coboară în linie dreaptă până la unghiul maxilarului unde se află un mic nod muscular şi se caută punctul central al fiecărui nod. în momentul în care a fost găsit, pacientul trebuie să aibă o senzaţie apropiată de cea a durerii de dinţi.
* ***Tratamentul zonelor nasului şi gurii***
=> Cu marginea externă a policelui se apasă pe şanţul de la marginea fiecărei narine.
=> Se apasă, începând de la marginile externe ale gurii, în lungul "liniei surâsului". Dirijând presiunea sub osul zigomatic.
=> Cu mâinile sub bărbie se apasă pe punctele din centrul şanţului mento-labial şi din centrul şanţului mezo-labial.
Membrele superioare (braţ, antebraţ şi mână)
» Ce/e 6 *meridiane ale braţului, antebraţului şi mâinii*
Aceste meridiane aparţin elementelor *Foc* şi *Metal.* Meridianele inimii, a intestinului subţire, a pericardului şi Trei Focare aparţin focului, în timp ce cele ale plămânilor şi ale intestinului gros aparţin elementului Metal. *Meridianul intestinului subţire* coboară de-a lungul feţei externe a antebraţului, până la auriculară. *Meridianul Trei Focare* coboară median până la inelar, iar *cel al intestinului Gros* pleacă de la cot şi coboară până la index.

Meridianul intestinului subţire pleacă de la axilă. Trei Focare pleacă de pe faţa posterioară a umărului şi ajunge la epitrohlee. Meridianul intestinului gros merge în partea inferioară a umărului până la articulaţia cotului. *Meridianul plămânului* pleacă de sub claviculă şi coboară până la police, *cel al pericardului* coboară de la muşchiul pectoral şi ajunge la medius. *Meridianul inimii* merge de la axilă până la auricular.
* *Tratamentul membrelor superioare*
Presiunea palmei de-a lungul feţei interne a *membrului superior.*
=> maseurul îngenunchează la nivelul şoldurilor pacientului, întinzând braţul acestuia în abducţie de 90 cu mâna în supinaţie;
=> mâna "mamă" se aşează pe muşchiul pectoral şi se exersează o presiune a palmei coborând de-a lungul feţei interne a membrului superior de la umăr până la pumn.
Priza *asupra braţului:*
=> pacientul duce braţul lângă corp cu mâna în pronaţie;
=> având mâna "mamă" pe umăr cu cealaltă mână se apucă braţul la nivelul axilei şi se exercită o presiune pe faţa lui externă cu extremitatea degetelor, începând de la umăr până la cot.
Presiunea descendentă a palmei de-a lungul antebraţului: se exercită o presiune directă coborând în lungul antebraţului de la cot până la pumn.
Tracţiuni asupra degetelor.
=> executantul se aşează pe călcâie şi apucă mâna primitorului de

articulaţia pumnului cu o mână.
=> cu cealaltă face tracţiuni şi scuturări ale degetelor, ţinându-le de părţile laterale, interne şi externe.
Presiuni asupra lui Ho-Kou (Marele Eliminator, IG 4): se apasă pe punctul de la mijlocul spaţiului dintre police şi index.
Scuturări ale mebru/ui superior, se ţine ferm mâna pacientului cu amândouă mâinile şi se execută înclinarea înapoi a trunchiului pentru a trage uşor braţul executându-se scuturări rapide, dar nu prea puternice.

- Hara

Pentru japonezi, Hara sau abdomenul reprezintă mult mai mult decât partea de corp care îi desemnează. Spiritul vieţii îşi are sediul în Hara, mai exact într-un punct situat la 5 cm dedesubtul ombilicului, care poartă numele de Tan-Den. în acesta Hara reprezintă energia individului. Shiatsu punctului Hara se numeşte Ampuku. Ca şi piciorul în reflexologie, Hara poate fi divizată în zone reflexe, unde sunt reflectate toate funcţiile corporale. Sediul tuturor energiilor, Hara este o zonă extrem de sensibilă. Presiunea exercitată trebuie să fie mai mult uşoară şi gradată decât profundă. Se lucrează tot timpul în sensul acelor de ceasornic. Poziţia mascurului pentru lucrul asupra harei este aşezat lângă pacient, şold lângă şold.

***** ***Hara inferioară***
Utilizând marginea externă a mâinii se trece pe lângă osul iliac
. pentru a se lucra pe intestinul gros.
=> Punând trei degete pe abdomen, se apasă la intervale de 2 cm, efectuând o mişcare în sensul acelor de ceasornic în exteriorul potcoavei vezicii urinare, pentru a trata zona vezicii urinare.
=> Se face acelaşi lucru în interiorul potcoavei, graniţa în semicerc a muşchilor centrului abdomenului, apăsând mai îndelung asupra punctului liniei mediane, în acest mod se vor trata şi zona rinichilor şi a ombilicului (Tan-Den).
***** ***Hara superioară***
=> Se apasă uşor, dar profund, cu toată lungimea policelui, sub partea stângă a cutiei toracice, deplasarea făcându-se de sus în jos. Palma şi degetele trebuie să rămână destinse şi în contact permanent cu rebordul costal.
=> Se face acelaşi lucru pe partea dreaptă, terminând cu aceeaşi presiune asupra coastelor.
=> Se apasă cu vârful degetelor sub partea inferioară a cutiei toracice. Este zona plămânilor.
=• Se apasă uşor, cu ajutorul unui deget, asupra sternului, apoi se aşează trei degete pe plexul solar şi la jumătatea drumului între plex şi ombilic. Se trece apoi la zona ombilicului.
=> Apăsarea în val a Harei:
» se îngenunchează în dreptul Harei partenerului;
» se aşează o mână peste cealaltă şi se leagănă Hara efectuând o mişcare asemănătoare cu mişcarea ondulatorie a valurilor;
« se împinge cu podul palmei şi se trage către sine cu vârful degetelor, într-o mişcare continuă.

- **Faţa anterioară şi internă a membrului inferior**

***** ***Meridianele feţei anterioare ale membrului inferior***
!-=• *Meridianul stomacului* şi *al splinei se* găsesc de fiecare parte a muşchilor voluminoşi situaţi pe fata anterioară a coapsei. Meridianul stomacului coboară spre faţa externă a coapsei, merge de-a lungul genunchiului şi coboară pe faţa interioară a tibiei. Punctul S36 este foarte important pe acest meridian.
=> *Meridianul Pământ al splinei* coboară de-a lungul marginii interne a muşchiului coapsei şi se întâlneşte cu *meridianul ficatului* pe marginea internă a tibiei.
***** ***Meridianele feţei interne a membrului inferior***
=> *Meridianul ficatului* trece pe sub tendonul muşchiului **feţei interne a coapsei** şi coboară pe marginea internă a tibiei.
164
=> *Meridianul splinei* trece şi el peste coapsă, dar traiectul lui se desparte de cel al ficatului, deasupra genunchiului; se reîntâlnesc apoi, urmându-se până la gleznă.
=> *Meridianul rinichilor irece* între muşchii feţei interne a membrului inferior.
***** ***Tratamentul feţei anterioare şi interne* a membrului inferior**
Presiunea pumnului pe faţa internă a coapsei:
=> se flectează membrul inferior, punând piciorul pe genunchiul opus;
=> se utilizează palma sau "muşcătura dragonului", coborând de-a lungul feţei interne a coapsei şi exersând presiune asupra muşchiului central.
Presiunea descendentă a podului palmei de-a lungul marginii interne a tibiei:
=> se continuă coborârea de-a lungul membrului inferior;
=> se răsuceşte mâna în supinaţie, pentru a apăsa uşor în spaţiul situat superior faţă de tibie;
=> se întinde apoi membrul inferior.
Presiunea palmei pe faţa anterioară a coapsei:
=> se apasă de fiecare parte a muşchiului anterior şi coapsei, cu fermitate;
=> se reîncepe apoi;
=> în continuare se tratează meridianele stomacului şi ale splinei, pe faţa anterioară a gambei;
=> punctul S36 este atât de important, încât numai de data aceasta mâna "mamă" poate părăsi Hara pentru a se aşeza pe S36.

Mobilizarea rotulei:
=> se continuă cu acelaşi membru inferior;
=;• se utilizează o mână pentru a-l susţine la nivelul genunchiului şi cealaltă pentru a susţine ferm rotula şi pentru a face să se mişte de 2-3 ori în fiecare direcţie.
Presiunea pe punctul S36:
=• cu policele se apasă profund, iar pacientul va simţi o senzaţie puternică de durere, care va parcurge meridianul până la gleznă;
=;> odată focalizat punctul S36, mâna "mamă" va coborî, menţinând policele în acest punct.
Presiunea descendentă de-a lungul marginii externe a tibiei:
=> se păstrează policele mâinii "mamă" pe punctul S36;
=> se utilizează celălalt police pentru a exercita o presiune descendentă de-a lungul marginii externe a tibiei;
=> se reîncepe procedeul de mai sus.
Flexia plantară a piciorului (extensie):
=> se ia poziţia de "start";
=> se ridică piciorul de pe sol, ţinându-l ferm;
=> maseurul se va înclina înainte, pentru a întinde **piciorul.**

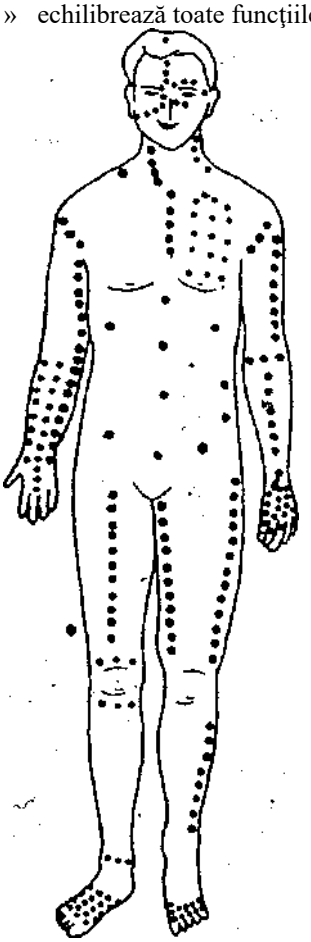
ii

F/ex/a *dorsală a" piciorului:*
=> din aceeaşi poziţie executantul **trage piciorul către el**
=> executantul se înclină înapoi;
=> se reiau aceste două mişcări

Faţa posterioară a corpului

*** *Spatele***

=> de fiecare parte a coloanei vertebrale:
» echilibrează toate funcţiile interne.



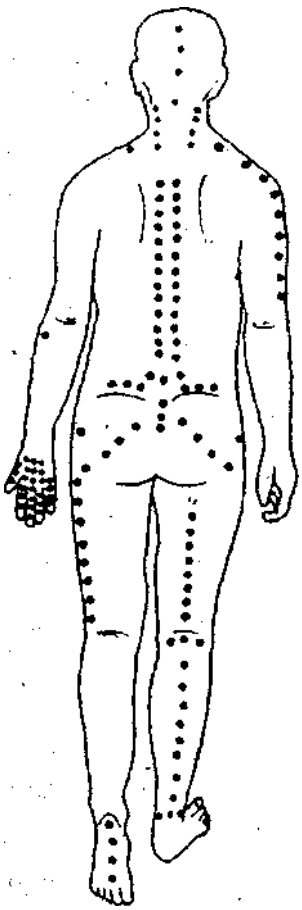


Fig. W4. Punctele deprestonepentru masaj (11,12)

* *Bazinul*

=> pe feţele laterale ale feselor (se presează cu podul palmei):

» decontractează bazinul,

* deblochează Ki-ul şi-l dirijează spre membrele inferioare,

» înlătură durerile de ciclu menstrual;

=> găurile sacrale:

» descongestionează bazinul;

=> centrul liniei fesiere:

» destinde musculatura centurii pelviene şi a regiunii lombo sacrale.

» *Membrele inferioare*

=> faţa posterioară a genunchiului (susţinându-se genunchiul, se apasă puternic cele două police):

» înlătură sciatalgia.

* *Gleznele*

=> pe marginile interne şi externe ale călcâiului în acelaşi timp:

» stimulează funcţiile elementului Apa,

» înlătură durerile lombo-sacrate.

Faţa anterioară a corpului

* *Picioarele*

=> la 4 cm deasupra punctului unde se întâlnesc degetul mare şi cu degetul al doilea de la picior:

» armonizează energia ficatului;

=> centrul feţei interne a călcâiului.

« stimulează funcţia rinichilor. , •-..

* *Umerii*

=> la 3 cm deasupra umărului, pe **marginea davicutei:**

» stimulează funcţia rinichilor.

* *Membrele superioare*

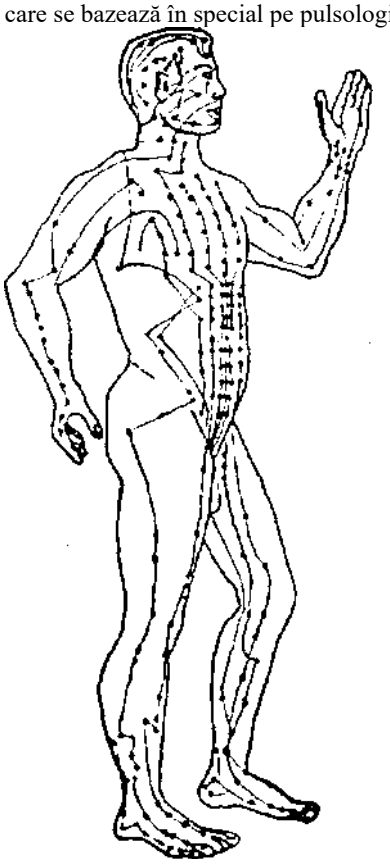
=> Ho-Kou ("Marele Eliminator"): , . . -

» înlătură durerile reumatice, ..
» înlătură durerile de cap, '^ " .
» înlătură durerile de dinţi;
=> mijlocul palmei: ;'
» relaxează psihic şi emoţional;
=> faţa externă a cotului la nivelul articulaţiei:
« tonifică Intestinul Gros,
» înlătură durerile braţului şi ale umărului.
* Hara
=> la 7 cm de fiecare parte a ombilicului, exercitan<fti-se **presiuni în** direcţia acestuia:
» stimulează intestinele şi relaxează stomacul.

***** ***Tan-Den***
=> se exercită o presiune în profunzime cu cele 4 degete **lipite:**
» stimulează tot corpul.
***** ***Coapsele şi gambele***
=> stomac 36:
» controlează energia vitală generală şi starea de **sănătate;**
=> se urcă cu 4 degete de la gleznă spre tibie:
» calmează şi înlătură durerile de ciclu menstrual.

6.3.2. Masajul oriental energetic (8)

Reprezintă masajul punctelor de acupunctura, al **meridianelor energice** şi al unor puncte speciale, realizat în corelaţie cu **diagnosticul energic,** care se bazează în special pe pulsologia chinezească.



F/g. *1 05. Imaginea de ansamblu a meridianelor principale, cu puncteh- lor văzute din poziţia anterolaterală (8)*

7. MASAJUL IN PRINCIPALELE TIPURI DE AFECŢIUNI

Prezentăm, în continuare, masajul în principalele categorii de afecţiuni întâlnite în practica medicală. Metodologia se bazează de fapt pe un "schelet" al unei scheme generale de recuperare medicală ce se aplică în astfel de boli, cu insistenţă pe metodele şi tehnicile de masaj. Ea reprezintă numai principiile de bază, putând fi oricând îmbunătăţită sau modificată, iar tehnicile de masaj completate, în fapt reuşita unei astfel de terapii ţine de "arta" alcătuirii unei scheme adecvate şi a aplicării sale.

7.1. AFECŢIUNI REUMATISMALE -

»

7.1.1. Principiile generale ale tratamentului

Principiile generale sunt următoarele;

• se vor folosi toate tehnicile cunoscute, adaptate fiecărui caz în parte, ale masajului la distanţă şi ale celui reflex;

• în stadiile subacute şi cronice se uzitează direct pe zona afectată:
o tehnici clasice complementare:
;=> cernutul şi rulatul muscular;
=> presiunile şi tensiunile; , ^
=> tracţiunile, scuturăturile, elongaţiile; ,
• tehnici speciale:
* pentru piele:
=> kineplastia Morice;
=> petrisajul Jaquet & Leroy;
=> masajul trofic Glerant;
=> metoda "palpare-rulare" Wetterwald;
* pentru muşchi, tendoane, ligamente:
=> masajul manipulativ Terrier-Benz;
=> masajul asociat cu contracţia musculară;
=> "metoda începutului bun" Bugnet;
» pentru fascii:
=> masajul manipulativ Rabe;

.=* metode califomiene de fasciterapte:
« metoda Lehner;
» metoda Rolf;
» pentru capsula articulară: masajul profund Cyriax;
* pentru segmente:
=> masajul de apel al toracelui, pentru membrul superior;
=> masajul de apel al abdomenului, pentru membrul inferior;
* pentru afecţiunile veno - limfatice:
=> drenajul manual limfatic Leduc & Godard; /
•"f •• => metoda van der Mohlen; . • -. ..
=> masajul tălpii venoase Lejars; ,:
» pentru organele profunde: metoda Grossi .
* pentru efecte combinate: .• :
=> metoda Knap
=> metoda Vogler
Se prezintă în continuare *metodologia masajului în functfe de tipul afectării reumatismale şi de obiectivele specifice.* •

7.1.2. Reumatismul inflamator

Indiferent de etiologie, procesul inflamator este cantonat în membrana sinovială, capsula articulară, tecile şi bursa tendonală şi/sau în masa musculară. Acesta determină unul sau mai multe efecte: lichid sinovial în exces, îngrpşarea membranei sinoviale, presiune intraarticulară crescută, "rigidizarea" tendoanelor, scăderea forţei şi/sau a masei musculare. Astfel apare "tensionarea" structurilor ce participă la contracţie şi la mişcarea aparatului neuro-musculo-artro-kinetic. Progresiv se instalează posturi vicioase şi dereglarea axelor de mişcare, în timp structurile devin din ce în ce mai "rigide" cu permanentizarea defectelor axiale şi scăderea progresivă a capacităţii de mişcare.
Obiectivele programului de masaj, asociat obligatoriu celui fizic şi kinetoterapeutic, sunt:
a) în faza acută şi subacută:
=> scăderea durerii şi inflamaţiei;
=> menţinerea mobilităţii articulare;
=> menţinerea forţei şi rezistenţei musculare;
=> menţinerea troficităţii şi supleţei structurilor capsulo-ligamentare şi tendinoase.
b) în faza cronică activă: la cele anterioare se adaugă şi combaterea inflamaţiei şi tendinitei distructive.
c) în faza cronică inactivă: în plus se urmăreşte corectarea posturilor vicioase prin masaj insistent, profund urmat, în ordine, de multiple tehnici de mobilizare post masaj -> posturări funcţionale —> kinetoterapie -> posturări funcţionale.

Se prezintă în continuare metodologia specifică în următoarele afecţiuni:
i *poHartrita reumatoidă, pseudopoliartrita rizomelică, poliartrita juvenilă, reumatismul psoriazic*
. in perioada inflamatorie:
=> masaj decontracturant al marilor grupe musculare din jurul articulaţiilor afectate;
ro masaj cu gheaţă pe articulaţiile afectate.
. in perioada subacută: ;"
=> media frecvenţă; ..... ,
=> Diapuls;

=> masaj. -.;- -, • , . •.-„ ,
• in perioada de remisiune:
=> masaj umed cu apă; ., -
=-> masaj muscular tonifiant;
=v tracţiuni, elongaţii;
=> masaj Cyriax.
b)Sppndilitaanchilozantă - ... .
. în stadiul de debut:
=> masaj manual uscat, umed, vibrator electric cu caracter sedativ;
=> masaj toracic şi al organelor toracice.
• în perioada de stare:
=> masaj toraco-rahidian; ' . .
=* duşuri:
=> masaj şi electroterapie antalgice;
_=> cura Kneipp.
• în perioada puseelor evolutive:
=> masaj umed sedativ; , -
=> masaj uscat şi electric antalgic,
=> masaj toraco-rahidian sedativ; ; -
f> masaj cu gheaţă.
• în stadiul final:
=> masaj uscat, umed, vibrator electric cu caracter excitator;
=^> masaj toraco-rahidian tonifiant;
^> tracţiuni, manipulări, elongaţii.
c) Hidartrita intermitentă a genunchiului (cea mai frecventă afecţiune reumatismală inflamatorie izolată)
--^ masaj cu gheaţă;
. =• masaj vibrator electric în formule analgetico-excitomotorii;
-=> masaj circulator al membrului inferior precedat de masaj de apel abdominal;
-;• masaj tonifiant al cvadricepsului, ischio-gambierilor, gambierilor.

^^PIJŞ

7.1.3. Reumatismul degenerativ

Metodologia specifică este următoarea:
=> masaj manual şi umed decontracturant precedat de termoterapie
=> masaj mecanic vibrator;
=> masajul vascular al membrului şi segmentelor de membru precedat de masajul de apel;
=> masaj antalgic în puseu;
=> tracţiuni, manipulări, elongaţii în perioada cronică;
=> fricţiuni pe punctele dureroase şi pe inserţiile musculare periarticulare;
=> tehnica Cyriax.

7.1.4. Reumatismul infectios

t

După rezolvarea procesului infecţios (prin tratament medicamentos+/- chirurgical) se procedează ca la reumatismul degenerativ.

7.1.5. Artropatii metabolice *(guta, condrocalcinoza)*

Se abordează conform metodologiei de la poliartnta reumatoidă

7.1.6. Artropatii neurogene *(algoneurodistrofie, tabes, siringomielii, diabet, lepra, acropatia ulcero-mutilantă Thevenard, paraosteoartropatia = osteomul neurogen)*

• în puseul acut:
=> masaj superficial trofic şi de drenaj venos şi limfatic;
=> masaj cu gheaţă;
=> masaj mecanic vibrator şi electric cu scop antalgic;
=> masaj umed antalgic şi decontracturant.
• în perioada cronică:
=> masaj muscular tonifiant;
=> masaj Cyriax;
=> masaj umed stimulant;
=> tracţiuni, elongaţii.

7.1.7. Reumatismul ţesutului moale

A) Schema generală de terapie: schema în 6 puncte a Universităţii Cleveland-Ohio:
• excluderea unor boli sistemice;
• eliminarea factorului agravant sau declanşator;
• decelarea absenţei sau existenţei unei afectări articulare concomitente ce trebuie tratată specific;
. fizioterapie + acupunctura +/- antalgice + masaj:
* în formele acute: masaj cu gheaţă / neteziri;
* în formele cronice:
=> masaj zonal şi local, insistent şi profund;
=> pentru muşchi, tendoane, ligamente: masajul manipulativ Terrier-Benz, masajul asociat cu contracţia musculara, "metoda începutului bun" Bugnet
=> pentru fascii: masajul manipulativ Rab, rretode californiene de fasciterapie (metoda Lehn, metoda Rolf)
• kinetoterapie: corectarea posturii bolnavului + tonifiere musculară + "întindere" musculară;
« trebuie explicat bolnavului o regulă cu caracter general: "se rezolvă de obicei în 7-10 zile şi dacă nu, nu vă alarma:[1] pentru că s-ar putea să dureze luni de zile".
B) Scheme terapeutice particulare în afectările musculo-ligamentare
a) *Prin contractară musculară persistentă (cercul vicios Trevel):* schema Hans Krauss I:
• dacă se cunoaşte, tratamentul cauzei care a dus la contractură;
• masaj cu gheaţă sau masaj uscat insistent, profund, lent, progresiv;
• kinetoterapie specifică de "întindere" musculară
• fizioterapie +/- decontracturante musculare şi arialgice (la nevoie).
b) *Prin deficit de forţă musculo-ligamentară:* schema Hans Krauss II:
• relaxare generală şi locală = metoda Jacobson:
. exerciţii de mobilizare liberă a trunchiului pentru "încălzire musculară" + masaj manual stimulant;

• exerciţii de tonifiere musculară (exerciţii izometrice şi obligatoriu exerciţii dinamice cu rezistenţă) + masaj tonifiant:
« exerciţii generale de mobilizare pentru "revenirea şi răcirea" muşchiului;
• din nou exerciţii de relaxare + masaj sedativ.

c) *Prin sindroame miofasciale sau fibromialgice:* schema Mount Sinai Medical School New York:
« dacă se cunoaşte, tratarea cauzei care a dus la apariţia sindromului (şi, în special afectările articulare şi posturile vicioase, terenul distonic neuro-vegetativ);
« masaj cu gheaţă succedat de căldură locală neutră în formele acute sau masaj uscat profund în formele cronice;
• fizioterapie excito-motorie;
« exerciţii de întindere musculară şi în special stretching;
• medicaţie tranchilizantă şi antalgică la nevoie;
• acupunctura;
• +/- Shiatsu, Touch for Health.

d)

e;
174

postenoară

uni ?'/sau

A mo r şi mişcărilor dureroase'
AINS şi antalgice la nevoie
fizioterapie antalgică"
boala Dupuytren şi / sau Ledderhose-
termoterapie locală'
snt
substanţele preparate mai sus menţionate-
de contact
Şi radia<" infraro?" §i Prin
zonal substanţe speciale' M
'< ceea ^ "întinde"
Chirurgicală a

In formele acute:
- masaj cu gheaţă
- duş - masaj blând'

urmată de reluarea

' preventive_

' distantă

bă cu va H itemperatura ^ei în zona de indiferentă'
Dai cu vârtej de apa sau cu bule de diverse gaze '
- masaj manual uscat: netezire +/- vibraţie-
- repaus postura! + fizioterapie antalgică' '

In formele cronice:
Şi Profundi lnsistent: tehnici
m m u$i complementare urmate de tehnica Cyriax-
masaj mecanic vibrator şi nevibrator
duş - masaj cu apă caldă, intens-
Sită/SUi direcţie perpendiculară stimulant-
motorie;9^6 '''' t0nrfier6 musculo-"g^entară + f,z,oterap,e excito-
Shiatsu, Touch for Health;
tensionări, scuturături, tracţiuni, elongaţii.
II
g) Prin neuropatii de încarcerare:
- masaj sedativ, antalgic în formele algice;
- masaj tonifiant stimulant local + masaj **specific al Sistemului nervos**

periferic în formele paretice.

7.1.8. Altă patologie osoasă

a) *Osteoporoza de vârstă şi de imobilizare,* **"osteo/na/ac/a"**
("rahitismul adultului")
- masaj trofic şi vascular al membrelor;
- hidrotrerapie alternantă + duşuri;
- reducerea perioadei de imobilizare la pat;

/primele trei puncte sunt urmate de kinetoterapjş.jflzcpette, mişcări
active progresive) şi înot.
- tratament medicamentos specific.

b) *Boala Paget (osteita deformantă hipertrofică)*
- • electroterapie cu impulsuri antalgice;
- masaj uscat decontracturant şi trofic; : _
- masaj umed cu apă.

c) *Osteonecroza aseptică* - lente manevre de masaj fără încărcare articulară.

d) *Osteitele*- lente manevre de masaj după rezolvarea procesului infecţios.

7.1.9. Sindroamele dureroase ale rahisului

A) *Cervicalgiile*

a) *Comune:*

- electroterapie: curenţi diadinamici, unde scurte şi radarterapie în impulsuri;
- masaj circulator şi relaxant,superficial şi profund (regiunea cervicală + trapez + zona dorsală):

=> clasic;

==> special: masaj reflex al ţesutului conjunctiv, masaj profund al ţesutului conjunctiv pe punctele de miogeloză, masaj Cyriax, masaj reflex oriental;

- manipulări şi elongaţii ale coloanei cervicale;
- mobilizări postmasaj.

b) *Psihosomatice',* tehnici de relaxare urmate de masaj sedativ al musculaturii zonale şi apoi de mobilizări progresive.

B) *Sindromul Barre-Lieou (sindrom simpatic cervical posterior)*

- masaj zonal decontracturant precedat de termoterapie;
- elongaţii şi manipulări cu foarte mare prudenţă;
- masaj reflex.

/Toate sunt urmate de kinetoterapie specifică. , -

C) *Dorsalgiile*

a) *Datorate deficienţelor de statică vertebrală:*

• masaj decontracturant şi conjunctiv profund pe punctele de miogeloză, precedat de termoterapie;
• electroterapie antalgică pe punctele dureroase;
• manipulări în special în sindroamele interapofizare;
• masaj reflex;
• masaj umed;
• kinetoterapie specifică de reechilibrare musculară.

b) *Benigne ale tinerelor femei:*

• masaj decontracturant dorso-lombar precedat de **termoterapie;**
• electroterapie locală antalgică;
• masaj sedativ urmat de tehnici de relaxare;
• eventual tracţiuni dorsale uşoare.

c) *Psihosomatice:* ca la cele cervicale.

d) *Prin perturbări ale mecanicii articulare:* manipulări şi/sau elongatii precedate de termoterapie, la care se asociază masaj decontracturant local.

D) *Lombalgiile*

a) *în faza acută:*

• masaj cu gheaţă pe emergentele rahidiene, pe punctele Valleix;
• masaj manual lombo-fesier, relaxant;
• electroterapie analgetică: curenţi cu impulsuri, magnetodiaflux, unde scurte;

« manipulări şi / sau tracţiuni lombare în lumbago nehiperalgic.

b) *în faza subacută:* se execută elementele fazei acute + introducerea progresivă a elementelor fazei cronice.

c) *In faza cronică + lombalgiile de origine dorso-lombară, lombalgiile psohosomatice:*

• electroterapie cu impulsuri cu caracter analgetic- excitomotor, unde scurte radarterapie
• masaj decontracturant muscular lombar + antalgic local, masaj pentru combaterea dezechilibrului muscular paravertebral;
• masaj reflex conjunctiv;
• masaj Cyriax în tulburările ligamentare;
• manipulări şi / sau elongatii;
• masaj vascular al membrului inferior în cazul **purtării unui lombostat.**

E) *Sciatica vertebrală comună, sciatalgiile:*

a) *în faza acută:* - ,•

• tracţiuni continue sau intermitente la pat;
• masaj cu gheaţă;
• electroterapie antalgică radiculară: în special media frecvenţă spectru;
• masaj lombar decontracturant + masajul feselor şi al membrului inferior.

b) *în faza subacută:* ca la lombalgii.

176

F) *Cruralgia vertebrală comună, meralgia parestezică (nevralgia femuro-cutanată):*

• masaj decontracturant: lombar, fesier, cvadriceps;
• masaj cu apă, duş subacval;
• elongatii vertebrale;
• electroterapie antalgică.

7.2. AFECŢIUNI POSTTRAUMATICE

»

7.2.1. Traumatisme recente

în asemenea cazuri este contraindicat masajul local, cu următoarele excepţii:

. cel la distanţă şi cel reflex, dar fără uzitarea unor puncte/zone reflexe locale;
• masajul cu gheaţă şi cel umed special în traumatismele articulare şi cele musculo-ligamentare fără soluţii de continuitate.

7.2.2. Sechelele postraumatice

Principiu general: se vor folosi toate tehnicile cunoscute, adaptate fiecărui caz în parte şi cu precădere cele complementare şi speciale

Se prezintă în continuare ***metodologia masajului în sechelele post-***

traumatice, în funcţie de tipul leziunii şi de obiectivele specifice.

7.2.2.1. Sechele cutanate şi subcutanate

A) *în perioada imobilizării segmentului lezat:*

a) *Lupta împotriva edemului:*

• masajul tegumentului şi ţesutului în mod centripet: tehnica clasică, kinetoplastia Morice, petrisajul Jaquet şi Leroy, metoda "palpare-rulare" Wetterwald;

• Angiomat;

• stimularea circulaţiei sanguine prin metoda Knap

« băi parţiale cu vârtej de apă: 10-15 minute, de 2-3 ori/zi;

« masajul cu calup de gheaţă 5-6 minute;

• electroterapia excitomotorie.

b) *Tratamentul tulburărilor trofice ale pielii:*

• hipertermia alternantă: băi, afuziuni, duşuri alternante;

• masajul cu ulei călduţ, extracte de nămol, substanţe emoliente keratolitice, keratoplastice;

• băi minerale sulfuroase, alcalino-teroase, cloruro-sodice cu vârtej de apă;

B) *Postoperator:*
a) Fa *vonzarea proceselor de reperare* ***locală;***
• Diaplus;
• masaj trofic Glerant;
• băi locale simple sau deazinfectante;
« whirl-pool.
b) *Menţinerea unei bune funcţionalităţi şi troficităţi* a *întregului segment:*
• masajul întregului membru: masaj de apel urmat de masaj de la periferie spre rădăcina membrului;
• duş- masaj;
• duş subacval. . . .
C) *Recuperarea sechelelor instalate:*
. • masaj manual: fricţiuni, frământare, vibraţii;
• duş subacval, filiform;
• masaj vibrator: 50 cicli / s, amplitudine medie;
• ulatrasunet cu intensitate crescută: 1.5-2W/ cm^2

7.2.2.2. Sechele articulare
^ a) *Combaterea durerii:*
- • netezire; _, . ..,
$,r • masaj cu gheaţă prin tatonare.
ᵛb) *Combaterea inflamaţiei articulare şi /sau perianicu/are:*
-• masaj cu calup mare de gheaţă 5-7';
• ultrasunet simplu sau ultrasonoforeză su substanţe **arrtalgice sau sub apă.** ' : . >
N c) *Menţinerea mobilităţii articulare:*
′• tracţiuni:
=> continue pentru corectarea poziţiilor vicioase sau scăderea presiunii intraarticulare în scopul ameliorării durerii rebele la tratament;
=5- discontinue, în timpul nopţii şi a orelor de repaos din timpul zilei.
• tracţiuni cu membrul sănătos prin intermediul unui sistem de scripeţi sau mecanoterapie;
• posturi de încărcare progresivă pe segmentele de mobilizat;
- • masajul trofic al întregului segment.

7.2.2.3. Sechele musculare
A) *Menţinerea şi/sau creşterea flexibilităţii (elasticităţii) muscular*,* ***CB*** *este scăzută datorită:*
s) Limitării mişcărilor articulare:
» Din cauza durerii tendino-musculare:
• masaj cu gheaţă pe contractura dureroasă; • ,
• media frecvenţă simplă sau interferenţială, în **formulă analgezică;**
• masaj clasic;

• whirl-pool; '. . -
« ultrasunet cu 0,5W / cm^2;
• masajul manipulativ Terrier-Benz;
• anihilarea punctelor dureroase musculare **Conform** metodei Knap;
. facilitarea contracţiei voluntare prin masajul **asociat** cu contracţia musculară;
» Din cauza retracturii musculo-tendinoase:
• masaj intens cu utilizarea cu utilizarea tuturor manevrelor;
. ularasunet cu intensitate crescută 2-3 W / cm^2;
. elongaţii;
• duş subacval;
• media frecvenţă în formula excitatorie;
. facilitarea indirectă a relaxării musculare prin **masajul asociat CU** contracţia musculară;
b) *Scăderii forţei de contracţie musculară:*
<• ′• • "metoda începutului bun" Bugnet;
« masaj asociat cu căldura locală + kinetoterapie;
• ultrasunet;
• Diaplus.
B) *Creşterea forţei de contracţie musculare şi rezistantei* ***musculare:***
• masaj clasic intens;
• whirl-pool; :

. tracţiuni, elongaţii, scuturături.

7.2.2.4. Sechele osoase

Esfe *inutil m:*

• coxopatii prin necroza de cap femural;

. calus vicios ce blochează o articulaţie;

• nervi periferici comprimaţi de calus vicios sau de aderente;

. pseudartroză.

Se *recomandă în:*

a) *Consolidări întârziate:*

• Diaplus;

. ultrasunet pe zona de fractură, în aplicaţii regionale pe ganglionii simpatici;

. masaj clasic cu prudenţă şi foarte fin deasupra zonei, masaj pe segmentele de membre supra şi subiacente segmentului lezat.

b) *Osteoporoza*

• electroterapie excitomotorie;

• masaj intens dar cu prudenţă;

• masaj umed de orice tip.

c) *Hematom periostal*

• Diaplus;

« electroterapie excitomotorie;

« masaj intens clasic;
• osteopresura cu prudenţă;
. masajul periostului conform **metodei Vogler**
• ultrasunet cu intensitate scăzută.
7.2.2.5. Sechelele nervilor periferici
A) *Recuperarea sindromului motor*
a) *Evitarea apariţiei deformărilor şi atitudinii vicioase:*
• masaj asociat cu căldură + întinderea musculaturii antagoniste;
• ultrasunet în zona de trecere muşchi-tendon.
b) *Evitarea atrofiei muşchilor paralizaţi:*
• stimularea electrică a muşchiului denervat, în tehnica bipolară, conform curbei l - T;
• masaj cu gheaţă urmat de stretch - reflex;
• curenţi de medie frecvenţă, simplă sau interferenţială, în formula excitatoare;
• masaj clasic;
• whirl-pool.
c) *Creşterea funcţiei fibrelor musculare restante sănătoase şi recâştigarea . imaginii kinestezice:*
• stimularea electrică conform curbei l - T şi vizualizarea respectivei mişcări;
• excitarea pielii de deasupra muşchiului (masaj cu gheaţă, ciupituri) urmată de masaj intens, tonifiant manual sau mecanic.
d) *Recâştigarea coordonării mişcărilor:*
Se execută masaj manual în special vibrator, masaj mecanic vibrator, asociat cu terapie ocupaţională, în special pentru membrele superioare şi exerciţii Frenkel pentru membrele inferioare;
e) *Recuperarea mobilităţii şi forţei segmentelor neafectate de paralizie:*
Se execută toate manevrele din cadrul masajului uscat, umed şi mecanic urmate de exerciţii active pe toată amplitudinea de mişcare, simple şi cu rezistenţă progresivă.
B) *Recuperarea sindroamelor senzitive după parcurgerea metodologiei specifice*
Se execută tehnicile pentru creşterea excitabilităţii locale (ciupituri tegumentare şi a ţesutului celular subcutanat, pensările porţiunilor musculare ale membrelor, stoarcerile, ridicările muşchilor, scuturăturile membrelor).
C) *Recuperarea sindroamelor vasculo-nutritive*
a) în formele uşoare:
• masaj cu ulei călduţ;
• whirl-pool;
• hidroterapie alternantă.
b) *în formele medii şi severe:*
• manevre specifice pentru afecţiunile limfatice: van **der Mohten, Leduc** şi Godard, Lejars;
• masaj mecanic nevibrator: Angiomat, Sincardon.
• stimularea circulaţiei sanguine prin metoda Knap
7.2.2.6. Algoneurodistrofia (AND)
a) *Stadiul 1 (perioada de deficit imediat sau în câteva săptămânidela **tratament):***
• whirl-pool: 10-15'x 2-3/zi;
• Diapulse;
• curenţi de medie frecvenţă analgezic: 90-100 Hz;
« ultrasunet cervical / inghinal (zone reflexe);
• masaj de apel pe zona proximală a membrului -^ netezire locală ~ posturi antideclive;
b) *Stadiul 2 (perioada de stare: în primele 3 săptămâni):*
• Diapulse + curenţi de medie frecvenţă + ultrasunet ca în stadiul 1;
• masaj umed: whirl-pool, afuziuni sau băi alternante, duş subacval, băi cu bule, mers prin bazin cu temperatura alternantă;
• masaj de apel al rădăcinii şi segmentului proximal al membrului —> masajul zonei cu durata mai mică de 15', posturi antideclive la 30 grade -> feşi elastice.
c) *stadiul 3 (perioada finală, ireversibila):*
• masaj cu ulei călduţ şi în special tehnica Cyriax + **termoterapie,**

ambele precedând kinetoterapia;
- masajul manipulativ Rabe;
- metode californiene de fasciterapie:

=> metoda Lehner;
=> metoda Rolf.

7.2.2.7. Sechele postoperatorii

Indiferent de natura leziunilor care au provocat aceste sechele, după vindecarea leziunilor şi de preferat înaintea instalării unor sechele definitive, se pot aplica toate tipurile de masaj. Excepţie de la această regulă sunt sechelele postneoplazice unde masajul mecanic prin diferite forme de curenţi electrici cu impulsuri este contraindicat.

7.2.2.8. Sechele generale = sindroame de imobilizare (sindrom de dezadaptare)

a) combaterea tulburărilor psihice: masaj sedativ al capului;
b) combaterea tulburărilor metabolice: masajul general,
c) combaterea tulburărilor fizice: toate tehnicile de masaj aplicate segmentelor şi/sau grupelor deficitare.

7.2.2.9. Postamputaţii şi protezare

a) începe de (apt înainte de protezare, când masajul, alături de celelalte metode recuperatorii, participă la pregătirea bontului pentru protezare;
b) După realizarea protezării se poate aplica folosind tehnicile cunoscute pentru:
• combaterea durerii şi inflamaţiei la nivelul bontului;
« creşterea troficităţii şi funcţionalităţii segmentului restant şi a articulaţiei supraiacente;
« menţinerea capacităţii funcţionale a segmentelor sănătoase;
• corectarea eventualelor tulburări axiale asociate,
. scăderea stresului psihic. ....•-•

7.3. AFECŢIUNI NEUROLOGICE

7.3.1. Noţiuni generale

7.3.1.1. Clasificarea afecţiunilor neurologice

A) *Afecţiuni sistemului nervos central (SNC)* = marile sindroame neurologice
a) Afectări generale:
« sindrom piramidal;
« sindrom extrapiramidal:
=> tonifiant: Parkinson, afazia, disartria;
=> relaxant: atetoza, distonia, coreea, hemibalism, ataxia, apraxia, sindroame cerebeloase, sindroame vestibulare.
b) Afectări particulare:
′ • hemiplegia;
• epilepsia; • • '
• boala Parkinson.

B) Afecţiuni ale sistemului nervos periferic (SNP) .....

a) Leziunile măduvei spinării:
« paraplegia şi parapareza;
• tetraplegia;
• spina bifida cu tulburări neurologice;
• scleroza multipla;
« heredoataxiile(Friedrich, Pierre-Marie, Strimpell-Lorrain);
• maladia Charcot;
• syringomielia;
« tabesul.
b) Leziunile traiectelor nervoase:
• poliomielita anterioara acută; .
• polinevrita; _.•_••
• poliradiculonevrita; . . • '

1:
I
•
t
II
• afectarea plexurilor nervoase; •'
• paralizii periferice tronculare.

C) Alte patologii mai frecvente:
• cefaleea de origine spondilogenă (nevralgia Arnold);
• torticolis spondilitic.

7.3.1.2. Modificările de tonus muscular în afecţiunile **neurologice**

A) Creşterea tonusului muscular:
a) Periferică (muşchi):
• contractura musculară.
« antalgică (secundara); . . • .
» algica (primara); ...
» analgica (genetica): . :.: •••
=> miostatică, , *•
=> congenitală - disontogenetică (artrogripoza),
=> miototică.
• retractura musculară.
b) centrală (nervi-muşchi):

- spasticitatea (piramidală);
- rigiditatea (extrapiramidală)..

B) Scăderea tonusului muscular:
a) muşchi:
- distrofia musculară;
- oboseala musculară.

b) nervi - muşchi:
« hipotonia musculară;
- atrofia de denervare.

c) Nervi: sindroame hiperkinetice (paralizii) periferice şi centrale.

7.3.1.3. Modificările activităţii motorii în afecţiunile neurologice

A) Sindroame hiperkinetice (hiperkinezii: convulsii, tremuraturi, fasciculaţii musculare, mişcări coreice şi atetozice, mioclonii, ticuri).

B) Sindroame diskinetice (crampe).

C) Tulburări în coordonarea mişcărilor voluntare:
a) Apraxia
- globală;
- localizată: a mimicii, buco-linguala;
- specifică unei funcţii: mers, îmbrăcare.

b) Ataxia:
- kinetică;
- statică: necoordonarea posturii.

c) Discoordonarea (sindrom polimorf)

D) Tulburări de sensibilitate pură.

Se prezintă în continuare metodologia masajului în **afecţiunile** neurologice, în funcţie de tipul leziunii şi de obiectivele specifice.

7.3.2. Afecţiunile SNC

A) ***Marile sindroame neurologice***

a) *Sindroamele piramida/e*

• Combaterea spasticităţii:

* tracţiuni lente în ax ale membrelor;
* masaj cu gheaţă;
* masaj manual uscat sedativ central şi reflex sedativ segmentar;

» băi cu bule;

» electrostimularea:

=> tehnica Huffschmidt,

=> a antagoniştilor cu acţiune reflexă asupra agoniştilor;

* magnetodiaflux în regim sedativ;

» biofeedback-ul Basmajan

* tehnica vibratorie Hagbarth şi Eklund asupra muşchilor antagonişti (vibraţii profunde şi cu intensitate mică).

• Reeducarea musculară: masaj trofic şi de creştere circulatorie, lent şi aplicat cu discernământ pentru a evita creşterea spasticităţii.

b) *Sindroame extrapiramida/e*

• Boala Parkinson combaterea bradi şi akineziei prin masaj tonifiant.
• Atetoza şi distonia: masaj relaxant.
• Coreea şi hemibalismul: masaj relaxant.

c) *Sindroame cerebeloase:*

• manipulări ale rahisului şi membrelor,
• masaj relaxant.

d) *Sindroame vestibulare:*

• manipulări ale rahisului şi membrelor,
• masaj relaxant.

e) *A taxi a:*

• manipulări ale rahisului şi membrelor,
• masaj relaxant.

f) *Apraxia:*

• manipulări ale rahisului şi membrelor,
• masaj relaxant.

g) *Afazia şi dizartria:* masaj stimulant.

B) ***Leziuni ale măduvei spinării***

a) *Paraplegia şi parapareza:*

• Nursing şi reeducarea la pat:

-=> prevenirea escarelor: masaj general;

=> prevenirea stazei venoase şi accidentelor tromboembolice: masaj
; de drenaj al membrelor inferioare;
', => prevenirea complicaţiilor pulmonare: masajul organelor respiratorii
: şi vibraţiile toracelui;
=> prevenirea complicaţiilor intestinale: masajul peretelui abdominal
•• şi al organelor abdominale;
=> prevenirea complicaţiilor urinare: masaj reflex -> masajul vezicii urinare.

• Reeducarea neuro-motorie:

=> combaterea spasticităţii (vezi anterior);

=> adaptarea sistemului neuro-vegetativ: ultrasunet în aplicare segmentară paravertebrală şi pe ganglionii locali, masaj segmentar;

=> tonifierea musculaturii centurilor şi, în special, acenturii scapulare: masaj stimulant, intens;

=> reeducarea ortostatismului şi mersului: masaj general, wihrl-pool;

=> combaterea constipaţiei: masaj abdominal, metoda Grossi, metoda Knapp de combatere a constipaţiei, masajul colonului prin metoda Vogler;

=> combaterea tulburărilor circulatorii: masajul membrelor inferioare, duş subacval.

b) *Tetraplegia'*.
• ca la paraplegie cu extinderea acţiunii şi la nivelul centurii scapulare şi membrelor superioare;
. masaj general, reflex, duş subacval, duş cu peria, whirl-pool , ce capătă o importanţă deosebită.
c) *Spina bifida cu tulburări neurologice:*
• masajul abdomenului pentru facilitarea drenajului abdominal;
. masaj tonifiant al zonei lombare, centurii pelvine şi membrelor inferioare;
« combaterea tulburărilor urinare: masaj reflex -> masajul vezicii urinare.
d) *Scleroza în plăci (scleroza multiplă):*
. Stadiile 1 şi 2:
=> masaj manual stimulant al musculaturii peretelui abdominal, de combatere a tulburărilor circulatorii şi trofice;
=> masaj cu gheaţă pe muşchii spastici;
=> electrostimularea musculaturii flasce;
=> masaj sedativ central pentru combaterea tulburărilor psihice.
• Stadiile 3 şi 4:
=> evitarea tulburărilor osteoporozei: masaj vascular şi general trofic;
=> lupta contra tulburărilor trofice (escare): masaj trofic al zonelor de decubit;
=> lupta contra tulburărilor respiratorii: masaj toracic şi al organelor respiratorii.
184
185

e) *Maladia Friedrich (heredo-degenerescenţa spino-cerebeloasă), Pierre-Marie (heredo-ataxia cerebeloasă), Strumpell-Lorraln (paraplegia spasmodică familială):*

- combaterea ataxiei;
- combaterea sindromului piramidal;
- combaterea paraplegiei;
- combaterea dezaxarilor.

f) *Maladia Charcot (sceroza laterală amiotrofică):*

- menţinerea la maxim a capacităţii funcţionale a pacientului: manipulări ale rahisului şi membrelor, masajul diverselor organe, masajul tonifiant general şi pe segmente, masaj cu tehnici speciale;
- combaterea tulburărilor psihice: masaj sedativ central.

g) *Syringomielia* (cavitate intramedulară cervical -> lombar):

- combaterea sindromului piramidal şi a paraplegiei;
- combaterea artropatiei nervoase;
- combaterea tulburărilor respiratorii;
- combaterea tulburărilor psihice;
- menţinerea la maxim a posibilităţilor funcţionale ale pacientului.

h) *Tabesul (scleroza cordoanelor medulare posterioare):*

- combaterea tulburărilor respiratorii;
- masaj tonifiant;
- duş subacval, whirl-pool, băi cu peria.

C) Leziuni cerebrale

a) *Hemiplegia:*

- Stadiul iniţial (flasc):

=> masaj tonifiant;
=> masaj trofic muscular şi vascular;

- Stadiul mediu (de spasticitate) şi cronic:

=> combaterea spasticităţii: vibraţii ale musculaturii, masaj cu gheaţă, masajul SNC;
=> combaterea dezaxarilor: masaj Cyriax, masajul SNP, manipulări şi elongaţii, tracţiuni ale coloanei vertebrale şi membrelor;
=> combaterea complicaţiilor: durerilor prin manipulările membrelor şi masaj antalgic, dezaxarilor prin mişcări postmasaj, edemelor prin drenaj manual limfatic, depresiei prin masaj sedativ.

b) *Epilepsia intercrize (nu în criză!):*

- masaj relaxant central şi periferic -> masaj stimulant periferic;
- masajul peretelui toracic şi al organelor respiratorii;
- masaj umed clasic şi special.

c) *Maladia Parkinson:*

- masajul tonifiant periferic şi de combatere a tulburărilor circulatorii periferice;
- masajul abdomenului pentru combaterea constipaţiei;
- masaj umed special şi clasic, **alternant;**

. masajul cavităţii toracice şi al **organelor respiratorii.**

d) *Tetanosul:*

- Faza acută:

=> corectarea atitudinii vicioase: masaj trofic muscular, masaj Cyriax, mobilizări postmasaj, masaj cu gheaţă.
=> prevenirea escarelor: masaj vascular, masaj special al pielii, mobilizări postmasaj;
=> evitarea tromboflebitelor: masajul tălpii venoase Lejars, mobilizări postmasaj;
=> tratarea tulburărilor respiratorii: masajul toracelui şi a organelor respiratorii.

- Convalescenţa:

=> continuarea combaterii tulburărilor respiratorii;
=> masaj Cyriax;
=> masaj cu gheaţă pe articulaţii;
=> masaj umed alternant;

=> masaj tonifiant muscular.

7.3.3. Afecţiunile SNP

A) *Poliomielita anterioară acută*

a) Perioada premonitorie: repaus absolut;

b) Perioada de apariţie a paraliziilor flasce:

• masaj tonifiant al musculaturii şi **Cyriax -»mobiftzări intense postmasaj;**

« masaj umed stimulant; ;

• masaj mecanic vibrator.

c) *Perioada de regresie a leziunilor:*

• manipulări, tracţiuni, elongaţii, scuturături;

» masaj sedativ de combatere a contracturii şi **retracţiilor, tonifiant al** musculaturii peretelui abdominal şi toracic;

• masaj Cyriax;

• electroterapie excito-motorie;

• masaj umed stimulant;

. masaj stimulant al creşterii: **osteopresura pe** epif**izete** "fertile".

d) *Perioada de recuperare musculară:*

• masaj tonifiant muscular; • •

• masaj umed;

• drenaj manual limfatic; •"",•

. drenajul tălpii venoase;

• masaj mecanic vibrator; : v/ . .

. masajul cutiei toracice şi **al organelor respiratorii, masajul** abdomenului şi al organelor abdominale. -.. .

B) *Polinevrita*

a) *Perioada de debut şi stabilizare:*

- masaj trofic şi vascular pe zona de leziune;
- electroterapie antalgică;
- masaj respirator;
- reeducarea musculaturii prin electrostimulare excito-motorie şi masaj trofic muscular;
- masaj umed alternant;
- combaterea tulburărilor senzitive prin masajul plantelor şi palmelor şi masaj umed alternant şi stimulant.

b) *Perioada de sechele:*

- reeducare musculară;
- combaterea tulburărilor senzitive.

C) *Poliradiculonevrita*

c) *Stadiul de paralizie:*

- controlul poziţiei;
- prevenirea şi tratarea escarelor;
- tratarea tulburărilor respiratorii.

* toate se realizează prin: tensiuni şi mobilizări, masaj trofic al muşchilor şi articulaţiilor, decontracturant şi antalgic, circulator, termoterapie antalgică.

d) *Stadiul de regresie al leziunilor.*

- mobilizări articulare;
- mecanoterapie;
- hidroterapie;
- poziţionare corectă;
- tonifierea diafragmului şi a intercostalilor;
- reeducare proprioceptivă şi a prehensiunilor;
- combaterea tulburărilor senzitive

D) *Afectarea plexurilor nervoase - principii*

a) *Leziunile plexului brahial:*

- combaterea instalării deviaţiilor: mobilizări analitice, posturări şi poziţionări;
- menţinerea tonusului musculaturii neparalizate;
- stimularea musculaturii paralizate prin masaj stimulant, electro-terapie excito-motorie, hidroterapie alternantă.
- lupta contra durerii prin: masajul zonal al emergenţei plexurilor nervoase + masajul întregului membru afectat , hidrotermoterapia / crioterapia, electroterapia excito-motorie şi antalgică.

b) *Leziunile plexului lombosacrat:* la fel ca la a).

c) *Nevralgia amiotrofică a scapulei sau* a *centurii scapulare:* la **fel ca la a).**

E) *Paralizii periferice tronculare*

a) *Tratament general:*

- menţinerea poziţiei normale **a articulaţiei;**
- evitarea instalării deviaţiilor;

. lupta contra contracturi! şi retracturii musculare prin masaj uscat şi umed, termoterapie / crioterapie;

. lupta contra edemului: tehnica Leduc şi Godard.

. Ilimutorea musculaturii deficitare: mobilizări pas,ve ş, actrve terapie excito-motorie, masaj trofic şi stimulant al contr musculare.

Tratamentul particular în:

. paralizia facială: masaj facial trofic şi stimulant intra şi extra bucal, termoterapie, electroterapie excito-motorie;

. paralizia nervului crural: masaj trofic ş. tonifiant, termo ş electro-terapie excito-motorie pe fesierii mari ş. cvadnceps, masaj tonifiant al abdomenului şi lombelor;

. paralizia nervului sciatic popliteu extern: mob.l.zan pasrve^ma aj ş, hidroterapie circulatorie şi trofică, electroterapie excito-motone. toate pe muşchii gambei şi labei piciorului;

. paralizia nervului circumflex: masaj trofic ş, stimu an ^'^a^e excito-motorie, hidroterapie, mobilizări pas,ve, toate pe muşchi deltoid şi micul romboid

. paralizii nervului musculo-cutanat toate de la 4,pe marele trapez,

. paralizia nervului radial: toate de la 4. pe oicepb,
paralizia rieivumi cubital toate de la 4. pe interosoşi Şi
paralizia nervului median toate de la 4. pe pronatori şi tenari.

7.3.4. Alte patologii

A) Genunchiul paralitic

a) *Flasc,* masaj tonifiant pe muşchii anteriori şi / **sau posteriori;**
b) *Spastic,* masaj sedativ pe ischiogambieri;

B) Piciorul paralitic

a) *Nespastic:*
- masaj stimulant;
- terapi excitomotorie;
- hidrotermoterapie
- tracţiuni.

b) *Spastic:*
- masaj sedativ;
- tensiuni;
- hidrotermoterapie.

C) Umăr paralitic

a) *Paralizia totală:* drenaj limfatic şi masaj tonifiant;
b) *în perioada de recuperare a paraliziei:* masaj tonifiant.

D) Cotul paralitic
• masaj tonifiant; •
• electroterapie excito-motorie.
E) Mâna paralitică. Paralizia de trunchi nervos periferic
Tratamentul este similar cu cel de la sechelele nervilor periferici
F) Cefaleea de origine spondilogenă (nevralgia occipito-orbitală şi fronto- orbitală, nevralgia Arnold, nevralgia auriculo-temporală)
• masaj decontracturant al întregii regiuni cervico-dorsale;
• masaj al ţesutului conjunctiv pe punctele de miogeloză;
• electroterapie în impulsuri antalgice în joasa frecvenţă, unde scurte şi ultrasunet cu impulsuri ;
• manipulări şi elongaţii cervicale
G) Torticolis spasmodic
• masaj relaxant -> mobilizări pasive;
• tracţiuni cervicale;
« electroterapie antalgică. TENS, unde scurte şi ultrasunet în impulsuri, magnetodiaflux în impulsuri.

7.4. AFECŢIUNI CARDIO-VASCULARE

»

7.4.1. Infarctul miocardic acut (IM). Status posttransplant cardiac

a) *Faza 1* (intraspitalicească cu 7 trepte teraputice a câte 2-3 zile):
• masaj sedativ şi trofico-tonic general;
• masaj de combatere a tulburărilor circulatorii şi respiratorii;
b) Faza 2 (de recuperare propriu-zisă, de convalescenţă = săptămânile 3-12);
c) Faza 3 (de promovare sau creştere continuă a capacităţii de efort = săptămâna 12- toată viaţa).
• în *fazele* 2 şi 3 se execută toate metodele cunoscute, progresiv în asociere cu antrenamentul fizic progresiv la efort +/- terapia medicamentoasă.

7.4.2. Angina pectorală stabilă de efort. Status postrevascularizarea miocardică. Post by-pass aorto-coronarian. Status post angioplastie coronariană

a) *Faza 1* (pre- şi postoperator ziua 1-14):
• masaj sedativ şi trofico-tonic general;
• masaj de combatere a tulburărilor circulatorii şi respiratorii;
b) *Faza 2* (3-4 săptămâni);

c) *Faza 3* (toată viaţa);
• în fazele 2 şi 3 se execută toate metodele cunoscute, progresiv în asociere cu antrenamentul fizic progresiv la efort +/- terapia medicamentoasă.

7.4.3. Vaivulopatii simple. Aritmii nepericuloase. Cardiopatie ischemică silenţioasă. Insuficienţa cardiacă formă uşoară şi medie. Cord pulmonar cronic

Se execută toate metodele cunoscute, progresiv în asociere cu antrenamentul fizic progresiv la efort +/- terapia medicamentoasă.

7.4.4. Hipertensiunea arterială (HTA)

Se recomandă:
« magnetodiaflux: impulsuri de 100 Hz, **regim continuu, bobina cervicală** şi lombară;
• băi generale calde 37^5C ± plante;
• băi ascendente Hauffe;
• băi cu bule de CC>2, băi carbogazoase;
• masaj sedativ frontal, cervical;
• curenţi trapezoidali sau exponenţiali, transorbito-cervicali, în formulă simpaticolitică;
• băi cu peria, duşuri alternante, afuziuni alternante.

7.4.5. Hipotensiunea arterială (hTA)

Se execută masaj stimulant al membrelor inferioare **-> abdomen -»**

torace -> masaj stimulant frontal, cervical, mâini.

7.4.6. Arteriopatii periferice

Se recomandă:

- băi calde 25-28^{9}C de picioare;
- Syncardon, Angiomat, paturi oscilante;

« băi generale la 30^{S}C, baia de CC>2;

- masaj clasic: efloraj + glisări cu presiune (abdomen - membre inferioare) -> tehnica Leduc şi Godard;

« curenţi trapezoidali sau exponenţiali, transorbito-cervicali în formula simpaticoiitică.

- curenţi diadinamici (electrodul - lombar şi electrodul + pe talpa bolnavă);

• media frecvenţă interferenţiă sau pură, în aplicaţii longitudinale de-a lungul membrului inferior (un electrod în triunghiul lui Scarpa şi celălalt în talpă);
• magnetodiaflux în regim continuu 50-100 Hz, bobină cervicală + bobină lombară + bobină localizatoare pe picioare.

7.4.7. Afecţiuni venoase

A) *Insuficienţa venoasă cronică:* masajul membrului inferior **în sens** centripet, cu evitarea traiectelor venoase proeminente.

B) Tromboflebita:

a) *în stadiul acut:* imobilizare + crioterapi şi/sau comprese reci;

b) *în stadiul de convalescenţă:*

• masaj uşor cu scop hiperemiant la nivelul circulaţiei superficiale;
• electrostimulări cu electrodul + în spaţiul popliteu şi cel - pe faţa dorsală a piciorului,
• Angiomat;
• din săptămâna 3: masaj progresiv înspre profunzime;
• curenţi diadmamici şi interferenţiali pe marile vase, cu scop de electro-gimnastică
• băi alternante, afuziuni alternante, duş subacval;
• băi cu ape termale simple, carbogazoase, sărate la membrele inferioare;
• masaj superficial al regiunii abdominale + efloraj de la distal spre proximal; spre sfârşitul perioadei acute (săptămâna 2-3) se utilizează drenajul manual Leduc şi Godard + tehnica Lejars;
• masaj vibrator mecanic.

7.4.8. Limfedemul cronic al **membrului inferior**

Se recomandă:
• Angiomat;
• electroterapie excitomotorie;
• balneoterapie externă cu ape minerale;
• tehnica Leduc şi Godard -> tehnica van der Mohlen.

7.5. AFECŢIUNI RESPIRATORII

7.5.1. Disfuncţia ventilatorie obstructivă (DVO)

Se referă la creşterea rezistenţei în căile aeriene la trecerea coloanei de aer.

A. *Obstrucţia cronică a fluxului aerian:*

a) Forma severă cu spitalizare: vibraţia toracelui + drenaj postura! 2-4 zile;

b) Forma *medie de boală:*

• rnasaj: vibraţia şi percuţia zonei cervicale + umeri + torace, masaj al organelor respiratorii;
• masaj reflex al ţesutului conjunctiv, masaj segmentar C3-C8, D1-D9, al zonelor intercostale 6-9;
• masaj mecanic vibrator: ultrasunet conform metodei Steine (para-vertebral D1-D12, 2 W/cm^2, 3 minute + 3 minute ->• intercostal 6-7 şi 7-8, 0,4 W/cm^2, 2 minute/hemitorace -> subclavicular 0,2 W/cm^2, 30 secunde/fiecare parte);
• masaj umed: fricţiuni, duşuri alternante, afuziuni alternante, periaj umed, complexe Kneipp.

B) *Obstrucţia acută a fluxului aerian postcriză (nu în criză !!!)*

• masaj pentru corectarea diferitelor deficite musculo-scheletale
• ^scolioze, cifoze, redori articulare, contracturi / hipotonii musculare);
• masajul organelor respiratorii (cu prudenţă, la intensitate scăzută [!]):
• masajul reflex în criză (efectuat numai de către un specialist!!).

7-5.2. Disfuncţia ventilatorie restrictivă (DVR)

oe referă la afectarea capacităţii maxime de ampliaţie a sistemului toraco-pulmonar, căile aeriene fiind libere.

A) *Bon cu supraâncărcare mecanică a sistemului toraco-pulmonar (obezitate, deficienţe posturale)*

• masaj pentru scăderea masei grasoase;
• masaj pentru asuplizareatoracală, tonifierea musculaturii abdominale, corectarea deficitelor musculo-scheletale;
• masaj de "protezare" respiratorie: patul oscilant Maccagno

B) *Bou care scad forţa motrice a sistemului toraco-pulmonar*

(holi neuro-musculare)

a) *Paralizia de origine centrală:*

• percuţii toracice pentru drenarea secreţiilor bronsice;

« prevenirea redorii toracelui ("toracele îngheţat"):

=> masaj cu gheaţă al toracelui;

=> masajul cefei, umerilor, toracelui --> compresiuni **şi decompresiuni** ale toracelui;

• obţinerea autonomiei ventilatorii parţiale:

=> pat oscilant Maccagno;

=> tonifierea musculaturii respiratorii;

=> "derigidizarea" toracelui;

=> vibraţii şi percuţii toracale pentru eliminarea **secreţiilor,**

=> masajul organelor respiratorii.

Jî
b) *Poliomielita:*
• cu paralizia diafragmului, în stadiul cronic:
=> masajul clasic pentru asuplizarea toracelui **fi coloanei;**
=> masaj cu impulsuri electrice.
• cu paralizia musculaturii abdominale: ;
=> electroterapie stimulativă prin electrozi pe **pielea abdomenului'** 5-10'x3-4/zi;
=> masaj abdominal excitator;
==> pat oscilant pentru compensarea hipoventilaţiei.
• cu paralizia intercostalilor şi a ridicătorilor coastelor
=> prevenirea sau tratarea deformaţiilor rahisului;
=> recuperarea specifică a intercostalilor prin: compresii şi de-compresii toracale, masaj toracal şi în special al spaţiilor intercostale.
. c) *Hemiplegia şi bolile musculare:*
• masaj tonifiant al zonei flasce şi masaj sedativ, lent al zonei spastice (numai pentru hemipareza spastică);
• vibraţia şi percuţia toracelui; . : . -;
• pat oscilant;
• masajul organelor abdominale; •
• masaj mecanic vibrator; ,
• masajul umed; ;' •
• masaj reflex. ^ ,• /•

7.5.3. Disfuncţia ventilatorie mixtă (DVM)

Se referă la asocierea celor două tipuri de disfuncţii ventilatorii prezentate în paragrafele anterioare (7.5.1 şi 7.5.2), cu predominanţa uneia sau alteia.
A) *Pneumoconioze;*
B) *Sindroame postTBC.*
Sunt cele mai tipice DVM **primare, care se tratează** conform **schemelor** prezentate în paragrafele **anterioare^ funcţie de predominanţă uneia sau** alteia dintre disfuncţii. •'-.,•

7.5.4. După intervenţii **operatorii**

A) *Lobectomii*
a) *faza preoperatorie* (2-3 săptămâni **preoperator):**
• tonifierea musculaturii respiratorii;
• masajul organelor respiratorii.
b) *faza postoperatorie imediată* (săptămâna **1 postoperator):**

• pentru dezobstrucţia bronşică şi evacuarea secreţiilor sangvinolente din spaţiul deshabitat:
=> compresia şi decompresia spaţiului deshabitat: mâinile sunt aşezate peste pansament pe direcţia plăgii sau chiar la nivelul toracotomiei, compresia manuală se slăbeşte ..la sfârşitul expirului dar trebuie reânceputâ imediat după inspir,
=> asocierea vibraţiilor este dificilă iar tapotajul este contraindicat.
• pentru calmarea durerilor: netezirea şi fricţionarea zonelor din jurul pansamentului (gât, umeri, braţe) şi a hemitoracelui opus, de 5-6 ori pe zi;
• pentru ameliorarea circulaţiei de întoarcere venoasă şi prevenirea tromboflebitelor postoperatorii: masajul tălpilor şi gambelor.
c) *faza postoperatorie precoce* (săptămânile 2-6 postoperator):
« combaterea deficitelor respiratorii şi realizarea unui bun drenaj bronşic: pat oscilant şi masajul organelor respiratorii;
• combaterea durerii:
=> masajul întregului hemitorace (stern, rahis, umăr, rebord costal) +zona cicatricială după scoaterea firelor(de elecţie);
=> masajul de decolare a tegumentului: tehnica pliului' rulant (cu pulpa degetului se mişcă tegumentul pe planul subiacent)

=> netezirea întregii zone;
• combaterea deficitului static şi scapular: masaj tonifiant zonal.
d) *faza postoperatorie tardivă* (> 2 luni postoperator):
• masaj tonifiant;
• masajul organelor respiratorii.
B) *Pneumectomia (nu ventilaţia limitează efortul ci circulaţia!!):*
• similar cu A).;
• în plus: masaj tonifiant excitant al regiunii precordiale, dacă nu **exista** contraindicaţii şi masajul sistemului vascular periferic.
C) *Toracoplastia:*
a) recuperarea respiratorie: ca şi la A).
b) recuperarea umărului:
• combaterea durerii şi a procesului inflamator: masaj blând zonal;
• recuperarea finală a umărului:
* masaj cervical şi al trapezului -» masaj pe regiunea cervico-dorsală, umăr, braţ (precedat de aplicarea de cald/gheaţă):
=> antalgic, decontracturant pentru masa musculară superficială: deltoid, trapez, mare dorsal, pectoral, paravertebral;
=> terapeutic propiu-zis pentru musculatura profundă, tendoane, capsulă: tehnica Cyriax;
* tracţiunea axială a braţului în jos; -, • ; ••••.."•"•

* scuturarea membrului (cu prudenţă, la amplitudine şi rezistenţă scăzută).

c) *recuperarea staticii rahidiene:* masaj specific urmat de kinetoterapie.

D) *Chirurgia abdominală (laparotomia)* - masaj pentru:

- asigurarea drenajului bronşic şi promovarea tusei;
- antrenarea respiraţiilor toracale şi hemidiafragmatice pe partea neoperată;
- reeducarea respiraţiilor abdomino-toracale inferioare;
- ajutarea ventilaţiei;
- « prevenirea tromboflebitelor.

7.6. AFECŢIUNI DIGESTIVE (hiper- şi hipotone)

Se recomandă:

- băi, afuziuni, duşuri;
- electroterapie pe cadranele abdomenului;
- « masaj manual al peretelui abdominal şi organelor abdominale;
- masaj mecanic vibrator;
- metoda Grossi,;
- metoda Knapp de combatere a constipaţiei;
- masajul colonului prin metoda Vogler;

* Toate se execută cu caracter fie sedativ-relaxant în afecţiunile hipertone, fie excitant-stimulant în afecţiunile hipotone.

7.7. AFECŢIUNI PSIHIATRICE (sindroame neurastenice şi alte boli psihice minore)

Se recomandă:

- masajul manual sedativ, relaxant frontal şi cervical;
- electroterapie cu impulsuri, transorbito-cervival, formulă simpaticolitică;
- băi cu bule, cu CO2, cu peria, cu vârtejuri de apă;
- afuziuni alternante, duşuri alternante.

196

BIBLIOGRAFIE

1) Baciu CI.: *Anatomia funcţională a aparatului locomotor,* Editura Stadion, Bucureşti. 1972

2) De Lisa J. ş.a . *Rehabilitation Medicine (principles and practice) - third edition,* Lippincot-Raven Publishers, Philadelphia,1988

3) Dinculescu Tr.. Weiss L.: *Balneofizioterapie generală,* Institutul de Medicină şi Farmacie, Bucureşti. 1955;

4) Dinculescu Tr.: Weiss L.: *Balneofizioterapie generală,* Editura Medicală, Bucureşti 1963

5) Fân Ya-li: *Masajul chinezesc pentru nou născuţi şi copii,* Editura Ştiinţă şi Tehnică. Bucureşti, 1996

6) lonescu A.: *Masajul - procedee tehnice, metode, efecte, aplicaţii în sport,* Editura S;adion, Bucureşti, 1970

7) lonescu A.: *Masajul - procedee tehnice, metode, efecte, aplicaţii în sport,* Editura AII. Bucureşti, 1994

8) lonescu-Tîrgovişte C.: *Teoria şi practica acupunctura moderne,* Editura Academiei Române, Bucureşti, 1993

9) Ivan S.: Sănă.'afea *fără medicamente,* Editura RAI, Bucureşti, 1995

10) Katsusuke Serizawa: *Tsubo-puncte vitale în terapia orientală',* Editura Teora, Bucureşti .2000

11) Marcu V., Copil Carmen: *Masaj şi tehnici complementare,* Editura Universităţii din Oradea, 1995

12) Mârza Doina: *Metode speciale de masaj,* Editura Plumb, Bacău, 1998

13) Nemeş l.DA: *Masoterapie - masaj şi tehnici complementare,* Editura Orizonturi Universitare, Timişoara, 1999

14) Nemeş l.DA. Curs de *masoterapie (masaj şi tehnici complementare),* Lito UMF Timişoara, 1999

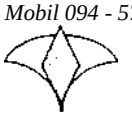
15) Nemeş l.D.A. Drăgoi M., Moldovan C., Gheorghe l , Trăscău T: *Ghid de eleclroterapie şi fototerapie,* Editura Orizonturi Universitare, Timişoara, 2000

16) Nemeş l.D.A. Drăgoi M , Patru Reghina, Vasilie D.: *Spondilartropatiiie seroneg'ive - ghid de diagnostic şi tratament,* Editura Orizonturi Universitare, Timişoara, 2000

17) Radu Georgia: *Anatomie topografică,* Editura AII, Bucureşti 1998

18) SbengheT.: *Recuperarea medicală a sechelelor posttraumatice ale membrelor,* Editura Medicală, Bucureşti ,1981
19) SbengheT.: *Kinetoterapia profilactică, terapeutică şi de recuperare,* Editura Medicală, Bucureşti, 1987
20) Sturza M., Băltăceanu Gh.: *Fizioterapie,* Institutul de Medicină şi Farmacie, Bucureşti, 1957
21)Teleki N., Munteanu L., Stoicescu C., Teodoreanu E., Grigore L.: *Cura balneoclimaterică în România,* Editura Sport Turism, Bucureşti, 1984
22) Toru Namikoshi: *Shiatsu şi stretching.* Editura Teora, Bucureşti, 1998
198

Ion Dan Aurelian Nemeş: născut la 29.02.7960; *absolvent al Institutului de Medicină Timişoara (1986), medic secundar în specialitatea* balneoclimatologie şi recuperare medicală *(1990), medic specialist (1994) şi medic primar* medicină fizică şi recuperatorie *(1998): competenţe Jn* acupunctura *(1995) şi* reumatologie *(1996), doctor în ştiinţe medicale (2000); şef de lucrări la Universitatea de Medicină şi Farmacie din Timişoara, specializarea* fiziokinetoterapie, *disciplina de Masoterapie - metode de explorare şi evaluare In kinetoterapie; cărţi publicate:* Masoterapie - masaj şi tehnici complementare, ediţia 1-a *(autor),* Spondilartropatiile seronegative - ghid de diagnostic şi tratament *(coautor).* Ghid de electroterapie şi tototerapie *(coautor) - Editura Orizonturi Universitare, Timişoara, 1999. 2000.*
S.C. EXCENTRIC COMPANY S.R.L. TIMIŞOARA
Cabinet medical balneofizioterapie şi recuperare medicală
Zona Steaua, bl. 53, se. D, ap. 2, Tel./fax 056-216051
Mobil 094 - 576664, E-mail: dadvery@mail.dnttm.ro



Armând Gogulescu: născut la 11.05.1973: absolvent al Universităţii de Medicină şi Farmacie din Timişoara, promoţia 1998: medic rezident in specialitatea recuperare, medicină fizică şi balneologie; *cadru didactic la Universitatea de Medicină şi Farmacie din Timişoara, specializarea* tiziokinetoterapie.
Marius Jurca: Născut in Timişoara la 19.03.1977, absolvent al Şcolii Postliceale Sanitare "CHRISTIANA", promoţia 1998, cu specializare in Balneofizioterapie. Angajat al Cabinetului medical de fizioterapie si recuperare "S.C. Excentric Company S.R.L." în calitate de maseur, specializat in masaj clasic, masaj de întreţinere şi anticelulitic, masaj reflex, presopunctură, shiatsu şi stretching.
S.C. EXCENTRIC COMPANY S.R.L. TIMIŞOARA
Cabinet medical balneofizioterapie şi recuperare medicală
Zona Steaua, bl. 53, se. D, ap. 2, Tel./fax 056-216051